BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

0 1 2 3 4 5 (cm)


Paris. — Imprimerie PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.12.93.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. CH. MONOD
Secrétaire général,

ET

MM. KIRMISSON ET PEYROT
Secrétaires annuels.



TOME XIX. — 1893.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1893



PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1893

Président	MM.	CH. PÉRIER.
Vice-Président		L. CHAMPIONNIÈRE.
Secrétaire général		CH. MONOD.
Secrétaires annuels		KIRMISSON et PEYROT.
Trésorier		SCHWARTZ.
Archiviste		RECLUS.

MEMBRES HONORAIRES

MM.

19 octobre 1887... — Cruveilhier, titulaire de 1868
23 janvier 1861... — Deguise, titulaire de 1844
4 novembre 1882. — Désormeaux, titulaire de 1853
20 novembre 1889. — Després, titulaire de.................. 1855
29 mars 1882..... — Dubreuil, titulaire de....... 1872
5 mai 1886...... — Duplay, titulaire de........... 1850
28 mars 1886..... — Guéniot, titulaire de. 1868
15 mars 1876..... — Guérin (Alphonse), titulaire de. 1853
22 novembre 1882. — Guyon (Félix), titulaire de...... 1863
3 mars 1886..... — L. Labbé, titulaire de.............. ... 1865
23 janvier 1889... — Lannelongue, titulaire de.............. 1872
20 décembre 1867. — Larrey (baron), titulaire de........ ... 1849
17 février 1893.... — Le Dentu, titulaire de.............. . 1873
9 mai 1877....... — Le Fort (Léon), titulaire de.... 1865
31 octobre 1888.. — Magitot, titulaire de 1872
28 mars 1860..... — Maisonneuve. — M. fondateur.. 1843
9 mars 1881..... — Marjolin. — M. fondateur 1843
11 mai 1887...... — Ollier, de Lyon.
26 mai 1880...... — Panas, titulaire de................... . 1865
9 juillet 1879.... — Paulet, titulaire de.................... 1858
23 février 1887... — Poncet, de Cluny.
27 octobre 1886... — Marc Sée, titulaire de 1868
21 mars 1888..... — De Saint-Germain, titulaire de 1867
19 décembre 1883. — Tarnier, titulaire de.......... 1865
12 novembre 1890. — Tillaux, titulaire de 1866
15 juillet 1885.... — Verneuil, titulaire de............ 1852

MEMBRES TITULAIRES

MM.

16 février 1876.. . — Anger (Théophile).
12 juin 1890...... — Bazy.
12 juin 1878...... — Berger.
12 mars 1884 ..... — Bouilly.
29 mai 1889....... — Brun.
4 janvier 1882 ... — Chauvel.
3 janvier 1877 ... — Delens.
9 mars 1892..... — Delorme.
26 avril 1891 ..... — Félizet.
13 mai 1885 ...... — Humbert.
12 décembre 1888. — Jalaguier.
30 décembre 1885. — Kirmisson.
30 juin 1875...... — Lucas-Championnière.
3 mai 1882....... — Marchand.
4 décembre 1889. — Marchant (Gérard).
7 juillet 1880 .... — Monod (Ch.).
29 juillet 1887.... — Nélaton.
1 avril 1874..... — Nicaise.
14 avril 1875 ..... — Périer.
9 juin 1886...... — Peyrot.
14 décembre 1892. — Picqué.
2 avril 1873..... — Polaillon.
27 avril 1881 ..... — Pozzi.
25 avril 1888..... — Prengrueber.
10 mai 1887 ...... — Quénu.
18 avril 1883.. ... — Reclus.
4 janvier 1888... — Reynier (P.).
6 décembre 1882. — Richelot.
11 juillet 1888.... — Routier.
1er décembre 1886. — Schwartz.
9 février 1887.... — Segond.
15 juillet 1874.... — Terrier.
22 octobre 1879... — Terrillon.
22 juin 1892...... — Tuffier.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de Rennes.
Auffret, médecin en chef de la marine.
Azam, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Boiffin, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Bois, chirurgien de l'hôpital à Aurillac.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à la Faculté de Lyon.
Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).
Boursier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Cauchois, à Rouen.
Cerné, professeur suppléant à l'École de Rouen.
Chalot, professeur à la Faculté de Montpellier.
Chapplain, professeur à l'École de Marseille.
Charvot, medecin-major de l'armée.
Chavasse, médecin-major de l'armée.
Chedevergne, professeur à l'École de Poitiers.
Chénieux, professeur à l'École de Limoges.
Chipault, à Orléans.
Claudot, médecin principal de l'armée.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de Marseille.
Dauvé, médecin inspecteur de l'armée.
Defontaine, au Creusot.
Delacour, directeur de l'École de Rennes.

MM. Delagenière, au Mans.
Delore, professeur à la Faculté de Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Demmler, médecin principal de l'armée.
Denucé, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Desgranges, professeur à la Faculté de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Dezanneau, professeur à l'École d'Angers.
Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
Dieu, médecin principal de l'armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Étienne, à Toulouse.
Février, médecin-major, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Fontan, professeur à l'École de Toulon.
Forgues, professeur à la Faculté de Montpellier.
Gaujot, médecin-inspecteur de l'armée.
Gayet, professeur à la Faculté de Lyon.
Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins.
Gripat, à Angers.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Guermonprez, à Lille.
Hache, professeur à Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Heydenreich, professeur à la Faculté de Nancy.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Judes), à Rouen.
Jouon, professeur à l'École de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Larabrie (de), professeur suppléant à l'École de Nantes.
Largeau, à Niort.
Larger, à Maisons-Laffitte.
Leclerc, à Saint-Lô.
Ledru, professeur à l'École de Clermont.
Malherbes fils, professeur à l'École de Nantes.
Linon, médecin-major de l'armée.
Martel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Mâlo.

MM. Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Monod (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Moty, médecin-major de l'armée.
Mouchet, à Sens.
Mourlon, médecin principal de l'armée.
Nepveu, professeur à l'École de Marseille.
Nimier, médecin-major de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Phocas, professeur agrégé à Lille.
Piéchaud, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Pilate, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
Poisson, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Poncet (A.), professeur à Lyon.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Pravaz, à Lyon.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Robert, médecin principal de l'armée.
Rochard, médecin inspecteur général de la marine à Paris.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux, professeur à l'École de Marseille.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Schmit, médecin-major de l'armée.
Silbert, à Aix.
Surmay, à Ham.
Tachard, médecin principal de l'armée.
Tholozan, médecin principal de l'armée.
Thomas (Louis), à Tours.
Turgis, à Falaise.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Védrènes, médecin-inspecteur de l'armée.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux à Marseille.
Vincent, professeur à l'École d'Alger.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM.

12 janvier 1887..... — ALBERT, Vienne.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
4 janvier 1888 .... — BRYANT, Londres.
11 janvier 1893 .... — CHEEVER, Boston.
7 janvier 1880 .... — DEROUBAIX, Liège.
4 janvier 1888 .... — HOLMES (Th.), Londres.
7 janvier 1880 .... — LISTER, Londres.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
20 janvier 1886 .... — REVERDIN (J.), Genève.
13 janvier 1892.... — ROSSANDER, Stockholm.
11 janvier 1893..... — SAXTORPH, Copenhague.
11 janvier 1893 .... — SOCIN, Bâle.
16 janvier 1884..... — SOUPART, Gand.
21 janvier 1885..... — SKLIFOSSOWSKY, Moscou.
13 janvier 1892.... — SLAVIANSKY, Saint-Pétersbourg.
12 janvier 1887..... — THOMPSON, Londres.
11 janvier 1882..... — WELLS (SPENCER), Londres.
20 janvier 1886 .... — TILANUS, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

11 janvier 1882..... — ANNANDALE, Édimbourg.
2 janvier 1889..... — ASSAKY, Bucharest.
8 janvier 1868..... — BARBOSA, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — BARDELEBEN, Berlin.
3 décembre 1862.. — BACK, Fribourg-en-Brisgau.
31 octobre 1851.... — BIRKETT, Londres.
3 janvier 1865..... — BILLROTH (TH.), Vienne.
13 janvier 1892.... — BLOCH, Copenhague.
17 septembre 1851. — BORELLI, Turin.
3 janvier 1865..... — BROWN-SEQUARD.
13 janvier 1869.... — BROODHURST, Londres.
22 décembre 1852.. — BURGGRAVE, Gand.
4 janvier 1888..... — CECCHERELLI, Parme.
4 janvier 1889..... — CHIENE, Édimbourg.
6 juillet 1859...... — CREDE, Leipzig.
3 juin 1857....... — CROCQ, Bruxelles.
3 janvier 1865.... — EMMERT (F.-G.), Berne.
8 janvier 1862..... — ESMARCH, Kiel.
6 juillet 1859..... — FABRI, Ravenne.
6 juillet 1859..... — FRIEDBERG (H.), Berlin.
9 janvier 1879..... — GALLI, Lucques.
13 janvier 1892.... — GALVANI, Athènes.
13 janvier 1869.... — GAUTIER, Genève.
13 janvier 1864.... — GHERINI, Milan.
9 janvier 1879.... — GRITTI, Milan.
29 août 1855....... — HAMMER, Saint-Louis (Missouri).
2 janvier 1865.... — HUMPHRY (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — HUTCHINSON (J.), Londres.
21 janvier 1891..... — JAMIESON (Alex.), Shanghaï.
16 janvier 1884..... — JULLIARD, Genève.
13 janvier 1892.... — KOCHER, Berne.
13 janvier 1892.... — KOUZMINE, Moscou.
13 janvier 1869.... — KRASSOWSKI, Saint-Pétersbourg.

MM.

21 janvier 1891..... — Kummer, Genève.
21 janvier 1885.... — Lewis A. Stimson, New-York.
6 juillet 1859...... — Larghi, Bologne.
16 janvier 1884..... — Lucas (Clément), Londres.
6 juillet 1859...... — Mac-Leod, Glascow.
11 janvier 1893.... — Martin (Édouard), Genève.
12 janvier 1887.... — Maydl, Vienne.
22 octobre 1856.... — Mayor, Genève.
21 janvier 1891.... — Mac-Ewen (William), Glasgow.
13 janvier 1864.... — Melchiori (Giovanni), Milan.
21 janvier 1891..... — De Mooy, Amsterdam.
3 janvier 1883..... — Mosetig-Moorhof, Vienne.
8 janvier 1868.... — Pemberton, Birmingham.
15 janvier 1890.... — Pereira-Guimaraès, Rio-Janciro.
21 janvier 1885.... — Plum, Copenhague.
12 janvier 1887.... — Reverdin (A.), Genève.
6 juillet 1859.. ... — Ried, Iéna.
21 janvier 1891..... — Romniceanu, Bucarest.
7 janvier 1880.... — Rose, Zurich.
11 août 1875....... — Rouge, Lausanne.
25 janvier 1890.... — Roux, Lausanne.
7 janvier 1880.... — Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862.. — Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885.... — Saltzmann, Helsingfors.
11 janvier 1893..... — Saxtorph (Sylvester), Copenhague.
20 mars 1867....... — Simon (John), Londres.
20 janvier 1886.... — Socin, Bâle.
21 janvier 1885.... — Studsgart, Copenhague.
31 décembre 1862.. — Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — Testa, Naples.
20 janvier 1886.... — Thiriar, Bruxelles.
11 janvier 1893..... — Vlaccos, Mytilène.
11 janvier 1893..... — Wier, New-York.
11 janvier 1882..... — Zancarol, Alexandrie (Egypte).
13 janvier 1892.... — Ziembicki, Lemberg (Galicie).

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod père.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.
1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.

MM.

1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.
1883. — Guéniot.
1884. — Marc Sée.
1885. — S. Duplay.
1886. — Horteloup.
1887. — Lannelongue.
1888. — Polaillon.
1889. — Le Dentu.
1890. — Nicaise.
1891. — Terrier.
1892. — Chauvel.
1893. — Ch. Périer.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René DUVAL, fondateur d'un prix annuel de 300 francs.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme HUGUIER, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

RICORD, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron LARREY, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Annales d'orthopédie et de chirurgie pratique. — Annales de thérapeutique médico-chirurgicale. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin médical. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Comptes rendus de la Société de biologie. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Gazette obstétricale. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Mercredi médical. — Moniteur thérapeutique. — Le Praticien. — Progrès médical. — Recueil d'ophthalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue médicale. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue illustrée de polytechnique médicale. — Revue des sciences médicales. — Tribune médicale. — Union médicale.

Alger médical. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin médical des Vosges. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse. — Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Nantes. — Gazette médicale de Picardie. — Gazette médicale de Strasbourg. — Gazette médico-chirurgicale de Toulouse. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. — Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy.— Montpellier médical. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Annals of Surgery (Brooklyn). — Archiv für klinische Chirurgie. — Boletins da Sociedade de medicina de Rio de Janeiro. — British medical Journal (Londres). — Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Cronica medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela de medicina (Mexico). — John's Hopkins Hospital Reports (Baltimore). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — The Practitioner (Londres). — Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revue médicale de la Suisse romande. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de cinq prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy, le prix Demarquay et le prix Ricord ; *les deux premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix Duval a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1891 jusqu'au 1er novembre de l'année 1892 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1892. Par la bienveillance de M. le Dr Marjolin, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard Laborie a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris, en 1868, les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la

séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé, en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, la Société a décidé que les *membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie, Gerdy, Demarquay et Ricord.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

NOUVELLE SÉRIE

SÉANCE ANNUELLE

(18 janvier 1893.)

Présidence de M. Chauvel.

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

Mes chers Collègues,

Je me suis souvent demandé pourquoi notre séance annuelle était d'habitude moins suivie que les réunions ordinaires. Si elle n'offre pas l'animation qu'entraînent nécessairement les discussions, même les discussions scientifiques, est-elle donc réellement dépourvue d'intérêt ?

Ce n'est pas, j'en suis certain, pour imiter simplement d'autres assemblées, plus élevées dans la hiérarchie scientifique, que nos fondateurs, il y a plus d'un demi-siècle, ont institué cette solennité, si solennité il y a, et fixé son ordre du jour. Au moment où, praticiens déjà renommés, chefs de service dans les hôpitaux, agrégés de la Faculté, ils entreprirent de créer en France une Société exclusivement consacrée à la chirurgie, il leur était permis de se demander si cette tentative serait couronnée par le succès.

Sans doute, tous étaient vaillants d'esprit et pleins de zèle pour les progrès de la science. Mais voulant se rendre un compte exact du travail accompli, du chemin parcouru, ils jugèrent qu'il était, comme dans une entreprise industrielle, prudent de faire aux pre-

miers jours de janvier, l'inventaire complet du labeur de l'année écoulée.

De là le compte rendu, que nos secrétaires annuels savent rendre intéressant et qu'ils nous font même agréable, en y jetant un peu d'humour avec beaucoup d'heures de travail. Aujourd'hui cinquante ans ont affirmé notre droit à l'existence, ce résumé n'a plus la même importance. Libres dans leurs allures, nos secrétaires futurs, pourront, s'il leur convient, donner à l'analyse une forme plus personnelle, et pour la rendre moins superficielle, en restreindre considérablement les limites.

Si jeune que soit une société, si peu qu'elle compte de membres, la mort ne laisse pas d'y creuser des vides. Quel moment mieux choisi pour rappeler à notre souvenir ceux qui combattirent avec nous, que cette séance où l'énumération des travaux accomplis fait voir mieux encore tout ce qui reste à entreprendre, où l'évocation du passé, si brillant qu'il puisse être, montre seulement les difficiles problèmes ouverts à l'avenir. Par une pente bien naturelle, les quelques lignes consacrées par le secrétaire général à de chères mémoires, se sont progressivement transformées d'abord en *Notices*, et bientôt en de véritables *Éloges.*

Ne nous en plaignons pas. C'est à cette pieuse coutume que nous devons de voir revivre quelques instants les maîtres les plus chers, les plus estimés; les hommes qui ont honoré et parfois illustré en même temps que la France, la chirurgie et la société qui tient en main son drapeau.

Votre président, lui aussi, a sa tâche marquée. Avant de quitter le poste d'honneur, que, pour un an, vous lui aviez confié, il doit dresser avec vous le bilan moral et matériel de notre compagnie, poser les questions à résoudre, appeler votre attention sur tout ce qui peut intéresser notre prospérité. C'est là le but principal de cette allocution. Vous me pardonnerez, je l'espère, le chemin détourné que j'ai pris pour y arriver.

Et d'abord, nos finances continuent d'être prospères. Notre dévoué trésorier, M. Schwartz, vous en fournira les preuves convaincantes dans une réunion prochaine. Je vous demande de lui voter, dès aujourd'hui, des remerciements pour les soins avec lesquels il gère notre petite fortune. Toutes les compagnies ne sont pas aussi favorisées. Elles ne possèdent pas un chez elles et ne peuvent comme nous, offrir à des sociétés sœurs une hospitalité qui, pour n'être pas absolument gratuite, n'en est pas moins très gracieuse et tout à fait amicale.

Cette maison qui nous abrite depuis des années, nous avons pu craindre un moment d'être obligés de la quitter. Si incommode que soit à certains égards, notre installation, peut-être nous serait-il

difficile de la remplacer avantageusement. Assurés d'un nouveau bail, nous pourrons consacrer une partie de nos revenus à l'aménagement de notre bibliothèque, de nos archives; nous pourrons exiger de notre propriétaire l'établissement du gaz dans notre salle de séances et même dans ses dépendances. Jusqu'ici notre éclairage rappelle un peu trop les siècles passés.

Que dirais-je de nos réunions ordinaires? Il y a si longtemps que l'heure réglementaire de leur ouverture n'est plus notre heure d'arrivée, que tenter de la reprendre serait au-dessus de nos forces. Souhaitons seulement que les minutes de grâce ne s'allongent pas démesurément. Si notre exactitude ne devient pas proverbiale, au moins le président continuera-t-il de faire tinter sa sonnette dans les environs de quatre heures.

Nos secrétaires annuels continueront, eux aussi, de lire leur procès-verbal au milieu de conversations qui n'on laissent guère entendre un seul mot. Que l'un d'eux s'amuse quelque jour, à faire de notre collègue Desprès le défenseur, de notre ami Championnière l'adversaire de l'antisepsie, je crois que le président pourra, comme d'habitude, déclarer le procès-verbal adopté, sans qu'une main se lève pour faire opposition à ce compte rendu fantaisiste.

En somme, la séance véritable ne commence pas avant quatre heures. Elle prend fin à cinq heures un quart dans les grandes journées. Si nos réunions ne sont pas toujours très intéressantes, au moins ne sont-elles jamais de durée à entraîner la fatigue et l'ennui.

Ici la coutume n'est plus aux dissertations pompeuses, au genre dit académique. Depuis que les questions de doctrine qui passionnaient étrangement nos pères ont cédé le pas aux questions de faits, les sociétés médicales ont complètement changé d'aspect. Jadis la discussion à l'ordre du jour amenait de véritables joutes oratoires. Les membres se succédaient à la tribune, l'occupant une et parfois deux heures entières, épuisant toutes les ressources de la dialectique pour terrasser leurs adversaires. Ils étaient, nos prédécesseurs, nos maîtres, aussi heureux de prononcer de longs discours que nous redoutons nous, de les faire et même de les entendre.

Aujourd'hui l'*à propos du procès-verbal* remplit le plus souvent nos séances. C'est un mal, j'en conviens. De cette façon l'ordre du jour ne peut être réglé d'avance. Mais comment y porter remède. Le droit à la parole *à propos du procès-verbal* est inscrit dans tous les règlements: c'est une forme de la discussion. Tel qui ne l'a pu faire immédiatement après une lecture, apporte à la société, dès le début de la réunion suivante, le résultat de ses réflexions et de ses recherches. Les choses, je le crois, continueront forcément de

marcher comme elles l'ont fait jusqu'ici, et rarement les communications ne pourront se produire en temps convenable.

Peut-être les *rapports* sont-ils un peu sacrifiés actuellement. Ils ont cependant un excellent côté; ils font mettre à point une question souvent simplement effleurée par le correspondant. Rédigés avec soin, écrits à tête reposée, sans hâte, ils permettent une critique approfondie, un jugement mieux documenté. Souvent ils deviennent le point de départ des plus sérieuses, des plus complètes discussions. Il est bon de leur conserver une place, ne serait-ce que pour payer de leur peine les confrères qui, par ce temps de publicité facile et de réunions scientifiques multiples, songent encore à nous envoyer leurs travaux, et supportent vaillamment l'attente d'une analyse souvent lente à venir.

Un dernier point. Les communications, les discussions, les présentations, nous ont conduit jusqu'à cinq heures, non sans que le président ait dû, nombre de fois faire au silence un appel trop souvent sans effet. Déjà la salle s'est bien dégarnie, beaucoup des sièges sont vides. Un comité secret annoncé depuis huit jours va s'ouvrir; c'est à qui s'enfuira au plus vite. Quelques membres de vaillante ardeur constituent, avec le bureau, le public bien restreint de ces causeries où se résolvent cependant les questions matérielles les plus importantes, où se discutent les rapports sur les candidatures, sur les prix à décerner par la société.

J'en ai fini, mes chers collègues. Ces quelques observations, vous les entendez chaque année et vous les entendrez encore. Si les présidents se succèdent, nos habitudes sont moins changeantes, plus difficilement modifiables. Elles tiennent à des conditions de vie, à des nécessités que chacun peut seul apprécier. Gardez les bonnes coutumes, abandonnez les mauvaises, c'est le vœu que je forme pour l'avenir de notre société.

L'année 1892 nous avait été bonne, la mort s'était montrée clémente. Nous n'avions eu à déplorer la perte que de l'un de nos plus jeunes et plus sympathiques correspondants nationaux, le Dr Leprévost, chirurgien des hôpitaux du Havre, emporté par les suites d'une piqûre anatomique et de deux associés étrangers, MM. Corradi (de Milan), de Pellizzari (de Florence).

Cette année 1893 s'ouvre pour nous par un deuil. Horteloup qui fut longtemps l'âme de notre compagnie, Horteloup que vous avez applaudi comme secrétaire général, et qui occupa si dignement ce fauteuil de président, vient de succomber à Hyères où il était allé chercher le soleil, une température moins sévère. Il a voulu qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Ses dernières volontés ont été respectées. Mais, en attendant l'heure de dire ce que fut sa vie, de rendre justice à ses travaux, d'apprécier les services qu'il

nous a rendus, je manquerais à mon devoir si je n'exprimais publiquement, dans cette séance annuelle qui fut si souvent l'occasion de ses triomphes, le profond regret que nous cause la fin prématurée de notre excellent et estimé collègue.

Presque en même temps que lui, M. Le Dentu avait demandé et obtenu le titre d'honoraire dans le courant de l'an dernier. Pour remplir les places vacantes, vous avez nommé membres titulaires : MM. Delorme, professeur au Val-de-Grâce ; Tuffier et Picqué, chirurgiens des hôpitaux de Paris. Déjà nos jeunes collègues, par la part considérable qu'ils ont prise à nos travaux, ont prouvé la bonté et la justesse de nos choix. Mais nous voilà presque trente-cinq et les statuts nous limitent à ce chiffre. Quand il fut question, il y a quelques années, d'augmenter le nombre des titulaires, je n'hésitai pas à combattre cette mesure. Comme rapporteur de la commission chargée d'en apprécier l'opportunité, je faisais remarquer à ses partisans qu'en créant la situation de membre honoraire, les fondateurs de la société avaient eu pour but de faciliter, de provoquer le mouvement qu'ils ne produiraient que momentanément en agrandissant nos cadres. Je suis convaincu comme je l'étais alors, que cette année, ainsi que les précédentes, il se trouvera des hommes de bonne volonté pour ouvrir les portes aux nombreux compétiteurs qui briguent l'honnenr de prendre rang parmi nous. Le renouvellement est la loi de l'humanité ; comme les autres associations, les sociétés scientifiques ne vivent qu'en se transformant chaque jour.

En juillet dernier vous avez nommé correspondants nationaux : MM. Cerné (de Rouen), Guelliot (de Reims), Forgues et Linon, médecins-majors de l'armée. Je suis heureux de leur souhaiter la bienvenue en même temps qu'a nos nouveaux élus : MM. Socin (de Bâle), Saxtorph (de Copenhague) et Cheever (de Boston), élevés au rang de membres associés ; Martin (de Genève), Sylvester Saxtorph (de Copenhague), Vlaccos (de Mythilène) et Wier (de New-York), nommés correspondants étrangers.

Vous n'avez pas été moins généreux pour nos nationaux, et pour récompenser des collaborations déjà anciennes, vous avez appelé à prendre rang parmi nos correspondants : MM. Denucé (de Bordeaux), Etienne (de Toulouse), Gellé (de Provins), Leclerc (de Saint-Lô), Vincent (d'Alger) et Février, médecin-major, agrégé de la Faculté de Nancy. Avec votre commission, vous avez jugé, non sans raison, que si les écoles et les facultés de médecine étaient en droit de revendiquer pour leurs professeurs une bonne partie de nos vacances, il n'était que justice de réserver quelques places aux praticiens dont la tâche est aussi difficile et le mérite non moins grand. Comme toujours la chirurgie militaire compte des repré-

sentants parmi nos nouveaux collègues, je sais mieux qu'un autre combien vous savez être à son égard.

Prix décernés en 1892. — Nous n'avons que deux prix à décerner cette année. Malgré nos appels, répétés par une partie de la presse médicale, une seule thèse a été envoyée pour le concours du prix Duval. Votre commission l'ayant jugée digne de récompense, la Société décerne le prix Duval pour l'année 1892 à M. le Dr Vigneron (de Marseille), dont la dissertation porte ce titre : *De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein.*

Plus disputé le prix Laborie, que nous n'avions pu donner l'année dernière, avait cette fois réuni six compétiteurs. Aucun des travaux n'a été jugé par votre commission susceptible de mériter l'intégralité du prix. Mais, tenant compte de la valeur et de l'importance des mémoires, vous avez approuvé sa proposition d'accorder trois récompenses.

La première, de 1,000 francs, à M. le Dr Sieur, médecin-major à l'École du service de santé militaire de Lyon, pour son travail inscrit sous le n° 2 avec le titre : *De l'intervention chirurgicale dans les contusions graves de l'abdomen*, et la devise : *Colligere sparsa.*

La seconde, de 800 francs, à M. le Dr Jules Reboul, de Marseille, pour son travail inscrit sous le n° 3 avec le titre : *Sur les transformations et dégénérescences des nœvi*, et la devise : *Alea jacta est.*

Enfin, la troisième, de 600 francs, à M. le Dr Choux, médecin-major de l'hôpital militaire de Vincennes pour son travail inscrit sous le n° 4 avec le titre : *De la cure radicale des hernies musculaires* et la devise : *De minimis curatur.*

En adressant nos félicitations aux lauréats, parmi lesquels je suis heureux de rencontrer deux jeunes camarades de l'armée, je remplis un agréable devoir. Il m'est pénible de n'avoir à offrir à leurs concurrents que des paroles de sympathie. Je sais par expérience, il ne m'en coûte pas de l'avouer, combien mal ces consolations sont acceptées, au moins dans le premier moment. Qu'ils ne restent pas sur cette impression mauvaise. Si la Société n'est pas assez riche pour récompenser tous les travaux, elle donne à tous les travailleurs une vive sympathie et une estime profonde.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1892

Par M. Bouilly, secrétaire annuel.

Messieurs,

Tout secrétaire annuel qui se respecte doit, dans un prologue précédant la Revue de fin d'année, se poser la question d'utilité du compte rendu annuel, vous remercier de votre empressement à lui faciliter la tâche du procès-verbal hebdomadaire et s'excuser à l'avance de l'inanité de ses efforts pour vous donner un aperçu complet de vos travaux et reproduire la physionomie de vos séances. Je n'aurai garde de manquer à cette tradition; laissant le premier point de côté, je vous fais avec plaisir mes remerciements de fin d'année et mes excuses du début, si j'oublie ou si je néglige quelques-unes des communications ou quelques-uns des points que vous auriez aimé à voir figurer dans cette communication. Car n'est-ce pas là, Messieurs, le but le plus certain de ce travail de revision ? Vous me permettrez de parcourir en quelques minutes, un guide à la main, tout le chemin fait dans l'année, avec des étapes aux points les plus intéressants de la route? N'est-ce pas un plaisir pour le savant; comme pour le voyageur, de s'arrêter de nouveau aux points ou aux sites que l'on a marqués de son effort ou classés dans ses souvenirs? et plus grand encore est le plaisir si l'on rencontre un endroit oublié qu'un seul mot ou qu'une petite indication fait revivre dans notre pensée! Puissé-je, Messieurs, dans ces quelques pages, vous donner ce plaisir de vous retrouver et de vous reconnaître; vous ne m'en voudrez pas trop si je suis obligé de souvent vous disséquer et de réduire vos plus gras développements et vos communications les plus nourries à l'état de squelettes secs et décharnés.

Mon excuse est facile à trouver dans la grande abondance des matières soumises à l'analyse et dans le désir de ne pas prolonger outre mesure l'étendue de ce travail de revision.

Votre Société, Messieurs, a largement contribué, cette année, aux progrès de la chirurgie; votre volume de 1893 est une mine précieuse de renseignements et de travaux; et les efforts se sont exercés dans des directions si diverses qu'il est utile de jalonner les routes et de poser des poteaux indicateurs. D'une façon générale et d'après une tendance déjà marquée au cours des années précédentes, c'est la thérapeutique chirurgicale opératoire qui a tenu le principal rôle dans vos travaux et, si l'on voulait

chercher la *dominante* de l'ensemble des travaux de l'année, on n'aurait pas de peine à dire que la grosse somme de travail va à la *chirurgie des viscères*. Peu d'entre eux échappent maintenant à l'action chirurgicale et, pour un grand nombre de cas, l'année a été féconde en véritables progrès.

Par lettre alphabétique, aussi bien que par son importance, c'est l'*Abdomen* qui doit ouvrir la marche; rien de son contenu n'est aujourd'hui fermé à nos hardiesses chirurgicales et ne saurait y échapper. Non pas que le dernier mot soit dit, ni sur les indications, ni sur la technique opératoire; car je puis vous signaler dès le début un important travail expérimental de M. Chaput rapporté par M. Marchant sur les *plaies de l'intestin* et sur leur traitement par la *greffe intestinale*. Opérez trois quarts d'heure après l'accident en suturant une anse saine à la surface d'une perforation par une série de suture à deux étages et vous aurez 100 0/0 de guérisons. Malheureusement ce procédé n'a encore été appliqué que sur le chien et l'homme n'en a pas encore bénéficié. Nul doute pourtant qu'il n'y ait là une tentative heureuse, si l'on tient compte des pauvres résultats donnés jusqu'à présent par la résection intestinale en cas de traumatisme.

Je ne puis cependant, ne pas rappeler de suite à cette occasion, le brillant résultat de la suture intestinale, obtenue par M. Nélaton qui ouvre délibérément le ventre 15 heures après un coup de pied de cheval reçu par un homme qu'il arrache à une mort certaine par cette excellente intervention. Moins heureux, M. Le Dentu voit succomber au cinquième jour, en dépit d'une laparotomie précoce, un blessé atteint de perforations multiples de l'intestin et de la vessie par balle de revolver. Les sutures secondaires donnent de plus sûrs résultats; Pozzi guérit par une entérorraphie soignée après dissection minutieuse des adhérences, une fistule stercorale consécutive à une laparotomie; Larabrie, de Nantes, ne craint pas d'attaquer directement une fistule intestinale produite après suppuration d'une incision de laparotomie et pour tourner les difficultés d'une entérorraphie rendue presque impossible par de nombreuses adhérences, il pratique l'abouchement entre les deux bouts parallèles de l'anse malade. Je félicite avec le sage rapporteur M. Routier, l'opérateur *felicior quam prudentior*; il est assez jeune pour que plus tard, aux Champs-Élysées, Dupuytren ne songe plus à lui reprocher durement l'oubli de l'entérotome.

Malgré ses grandes dimensions, l'intestin, cette année, a moins fait parler de lui que son diverticulum cœcal et son court appendice; l'année dernière déjà, l'*appendicite* avait fait son entrée dans le monde chirurgical et mon prédécesseur, à cette place, M. Richelot, vous annonçait qu'il en serait encore bientôt question. L'évé-

nement n'a pas tardé à lui donner raison. De nombreuses séances ont été consacrées à ce nouveau chapitre de la pathologie et de la thérapeutique chirurgicale, et l'on peut dire, avec orgueil, que le sujet est sorti de vos mains, revu, corrigé et considérablement augmenté.

L'anatomie pathologique, la symptomatologie, les terminaisons, les indications et le manuel opératoire, tout a été passé en revue, discuté, analysé ; sur un sujet qui paraissait neuf et peu connu, les observations sont arrivées en foule, et le bon sens clinique aidant, il a été facile d'en tirer des déductions et des conclusions sur lesquelles on peut dès maintenant baser une pratique.

MM. Terrier, Richelot, Reclus, Delorme nous ont montré qu'à côté des formes infectieuses banales de typhlite et de pérityphlite, il y avait lieu de compter avec les lésions tuberculeuses de la région; que certains cas de diagnostic obscur, de poussées récidivantes, avec fistules, le développement d'une tumeur simulant le cancer iléo-cœcal, devaient être rapportés à une tuberculose diffuse ou localisée de la région. Dans ce dernier cas, une intervention hâtive peut arrêter les progrès du mal et M. Richelot nous a communiqué deux faits du plus haut intérêt dans lesquels la résection d'un foyer tuberculeux cœcal avec suture immédiate de la paroi de l'intestin a été suivie de guérison; je n'ai pas besoin de faire ressortir toute l'importance du diagnostic et de l'intervention précoces en pareil cas.

Au chapitre de l'anatomie pathologique, je place encore les notions nouvellement acquises, de la possibilité d'une suppuration péri-cœcale sans perforation du cœcum ni de l'appendice (Richelot), du siège *retro-cœcal* de la perforation noté trois fois par Nélaton, des ulcérations des follicules glandulaires de l'appendice, signalées par Quénu, des lésions de l'épiploon sur lesquelles insiste Terrier et la dangereuse propagation pleurale dont Terrillon vous a signalé plusieurs faits. J'ai hâte d'arriver au fond même de la question.

A propos d'un cas d'appendicite suppurée, communiqué par M. Reynier (de Nancy), M. Reclus, dans un remarquable rapport, a posé le débat sur son vrai terrain ; faits en main, faits personnels ou empruntés à la littérature, il a d'emblée visé le traitement chirurgical de l'appendicite dans ses diverses formes et ses diverses phases, et sa formule, radicale en apparence, qu'on peut traduire : *Ouvrir et enlever* a fini par rallier les suffrages, ne laissant que de rares dissidents. Et si l'on veut résumer d'un mot cette discussion, que voyons-nous, Messieurs ? Trois formes cliniques d'accidents déterminés par les lésions typhlo-appendiculaires : une forme suraiguë avec péritonite généralisée, une forme aiguë

avec état phlegmoneux de la région, une forme clinique caractérisée par des reprises infectieuses plus ou moins graves.

Contre les accidents péritonéaux aigus généralisés, personne n'hésite; la cause est perdue d'avance ou à peu près; c'est presque du courage que de lutter encore et pourtant nous intervenons; 50 0/0 de ces cas succombent, nous dit Terrier; Berger reconnaît avec désespoir que l'action est toujours trop tardive; heureusement que, pour nous réconforter, Jalaguier nous apporte deux beaux succès, deux sur quatorze! il est vrai, — et nous dit d'opérer même *in extremis*; lavez et drainez, reséquez si vous le pouvez. Incision médiane ou incision latérale, peu importe; lavez bien et faites vite.

La vraie bataille de la discussion n'est pas là; elle se livre à propos de la conduite à tenir dans les cas aigus, phlegmoneux, localisés, où le péritoine n'est que peu ou n'est pas encore intéressé, où la tuméfaction n'est pas toujours appréciable et où les symptômes présentent une allure variable. Ne voilà-t-il pas, en effet, que certains de ces cas se terminent par la résolution spontanée, que les médecins veulent nous apprendre que l'affection leur appartient, que Berger et autres nous apportent des exemples de ces guérisons médicales? Eh bien, Messieurs, malgré tout, force me semble être restée aux interventionnistes : « Ouvrez, dit Reclus, et vous trouverez de la suppuration », et si certains cas semblent guéris, c'est que parfois la suppuration se résorbe ou ne cause plus d'accidents. Vos guérisons médicales sont trompeuses et dangereuses et vous courez à des désastres; M. Schmit insiste, et les trois cas qu'il nous cite d'une mort rapide après une guéri son d'apparence presque certaine sont bien faits pour entraîner les convictions. Certes, comme le dit M. Moty, on n'incisera pas toujours dès la première atteinte; certes il y a lieu d'instituer, comme le recommande Jalaguier, un traitement médical sévère par l'opium, la diète et l'immobilisation, mais c'est l'expectation armée qui ne doit pas se prolonger plus de six à sept jours et, d'après les faits de Schwartz, Terrier, Quénu, Routier et autres, l'appendicite aiguë à type phlegmoneux réclame souvent le bistouri et ne peut être guérie que par lui. Le siège de l'incision ne varie guère; la laparotomie latérale est l'opération de choix, l'incision dépassant plus ou moins en arrière l'épine iliaque antéro-supérieure, suivant l'étendue de la collection. Signalons en passant l'idée prudente émise par Quénu et la nécessité de se borner à une simple incision suivie d'un drainage iodoformé, quand des adhérences trop récentes ou trop faibles peuvent faire craindre l'inoculation septique du péritoine.

Messieurs, ce n'est pas encore là, à mon avis, le point le plus

intéressant de votre discussion, et le côté tout à fait nouveau de cette thérapeutique nouvelle, c'est l'excision *à froid* de l'appendice malade.

Intervenir pour une péritonite suraiguë ou pour une collection purulente, c'est bien; enlever presque à coup sûr la cause persistante des accidents récidivants, c'est mieux. Si j'en excepte MM. Berger et Marchand, partisans de l'abstention tant qu'il n'y a pas d'accidents, l'ensemble des orateurs est pour l'ablation dans l'intervalle des crises; pour l'opération *à froid :* plusieurs récidives, un point douloureux dans la fosse iliaque et surtout la persistance d'une induration prolongée entre l'ombilic et l'épine du pubis, telles sont les indications qui paraissent suffisantes et qui dictent les opinions et la conduite de MM. Moty, Jalaguier, Quénu, Terrillon, Terrier, Routier. Les succès en France et à l'étranger sont nombreux et indéniables; la conviction me paraît faite. Ce n'est pas à dire que l'intervention soit toujours simple, et rappelons-nous le fait, si bien observé par Nélaton, dans lequel cet habile opérateur dut s'arrêter sans trouver le cœcum ni l'appendice malade et dut se borner à un drainage du trajet fistuleux.

Messieurs, cette discussion sur l'appendicite fait le plus grand honneur à la Société; appuyée sur des faits précis et probants, elle marque une date dans l'histoire de la chirurgie abdominale, et ses conclusions deviennent le point de départ d'une thérapeutique plus rationnelle.

Une autre partie du tube digestif, *l'estomac*, n'a pas été non plus négligée, et, au bilan de l'année sur ce chapitre, je relève deux faits de la plus haute importance. D'une part, la *gastro-entérostomie*, présentée par MM. Reclus et Terrier comme une opération palliative devant devenir courante contre les rétrécissements néoplasiques du pylore et n'ayant plus que de bons résultats à nous donner, si elle est pratiquée en temps utile; d'autre part, la formation d'une bouche stomacale *en deux temps*, dans les rétrécissements de l'œsophage. M. Monod, à diverses reprises, nous a fait toucher du doigt les grands avantages de cette manière de faire, l'innocuité de la fixation, la simplicité de la ponction stomacale secondaire, les avantages du petit orifice et de la petite sonde par lesquels ne filtre plus le suc gastrique, destructeur des tissus. Rappelons-nous ces deux faits; ils représentent des progrès.

Le *foie* a donné lieu aussi à d'importantes communications : ses suppurations sont-elles stériles? fait important pour la thérapeutique et pour les dangers de la péritonite opératoire? — Oui, affirme M. Fontan qui, dans 12 abcès du foie, trouve toujours des microbes pyogènes. Non, répond M. Tuffier, qui, dans 8 opérations, obtient 8 guérisons, malgré l'irruption du pus dans le

ventre. Le débat a amené M. Moty à la tribune et, avec sa compétence spéciale, notre collègue nous fait l'histoire de l'hépatite d'Extrême-Orient, à forme *aiguë* et à *petit* abcès, et de l'hépatite de France et d'Algérie, à forme *chronique* et à grande collection.

Le kyste hydatique est délaissé ; une observation de kyste pédiculé simulant une tumeur de la paroi abdominale, par M. Schwartz, en ramène seule le souvenir.

Mais la chirurgie des voies biliaires est plus intéressante ; Reclus communique une longue observation d'ictère chronique, avec ses difficultés et incertitudes de diagnostic; en fin de compte, pressé par les événements, il cherche l'obstacle au cours de la bile, ne le trouve qu'au niveau de l'embouchure du cholédoque sous forme d'une tuméfaction dure et non mobilisable et pratique l'abouchement de la vésicule biliaire avec l'intestin. Le malade guérit et engraisse. Et à ce propos s'engagea une discussion des plus instructives, provoquée par M. Terrier, et dont la substance peut se résumer dans la formule suivante : l'oblitération des voies biliaires par un calcul du cholédoque exprime la vacuité et l'atrophie de la vésicule ; l'oblitération par un cancer de la tête du pancréas produit la replétion et la dilatation de cette même vésicule. Tels sont les faits signalés par Courvoisier, retrouvés par Terrier, plusieurs fois observés par Reynier, Tillaux, Routier, constants ou à peu près pour ces auteurs, pas nécessairement inéluctables pour Reclus. Un fait anatomique cité par Jalaguier en est la preuve.

Quelques jours plus tard, Poyrot communique une observation de *taille biliaire* suivie quelque temps après d'anastomose de la vésicule avec l'intestin.

La *rupture des voies biliaires consécutive* aux contusions de l'abdomen est l'objet d'un important mémoire de Routier; s'appuyant sur une observation personnelle et sur les faits épars dans la littérature, l'auteur nous prouve que la guérison peut être obtenue par la laparotomie et ne peut l'être que par ce moyen; l'observation encore unique de Kirmisson nous montre pourtant la valeur curative de la ponction simple.

La rate non plus ne s'est pas laissé oublier; une observation de kyste hydatique guéri par la laparotomie, envoyée par M. Mordret et rapportée par votre secrétaire annuel, a provoqué une légère controverse sur les infections parasiticides et nous a valu des communications de MM. Terrier, Tuffier et Monod sur des *kystes* ou des *suppurations* spléniques.

A cette occasion, M. Marchand nous a rapporté une observation de M. Raymond, de Limoges, qui guérit par une simple incision

exploratrice une ascite symptomatique d'une *hypertrophie considérable de la rate.*

La chirurgie des *organes génitaux* de la femme a moins tenu de place cette année dans nos séances ; mais l'importance des communications sur ce sujet a remplacé leur quantité. L'opération césarienne a fourni un beau succès à M. Ledru, et M. Marchand a traité heureusement par la laparotomie une grossesse extra-utérine abdominale datant de cinq mois.

C'est un écho des longues discussions de l'année passée sur l'hystérectomie vaginale que la communication de M. Nélaton, dans laquelle il nous montre que, par une simple incision vaginale postérieure, on peut détruire des adhérences, libérer un utérus et faire cesser des accidents de compression intestinale. A ce propos, le débat s'élargit et Segond, fort de sa pratique et de son expérience, nous fait voir, dans un recul qui n'est qu'un progrès, que dans les opérations de ce genre l'extirpation utérine n'est pas fatale, qu'elle peut être indiquée ou confondue grâce à l'examen direct des lésions pratiquées par l'effondrement du cul-de-sac postérieur et que le premier temps de l'opération peut n'être qu'une incision vaginale exploratrice.

Un peu plus tard, Quénu insiste sur la facilité de l'ablation de l'utérus par la section médiane de l'organe ; facilité de l'abaissement, facilité de l'hémostase ; tels sont les avantages de ce procédé que Segond repousse pour les cas difficiles où l'utérus ne s'abaisse pas et pour lesquels s'impose le morcellement transversal ou mieux l'évidement central.

Je rapproche, sans les confondre avec les faits précédents, les 15 *hystérectomies vaginales contre le cancer utérin* pratiquées par M. Marchand ; 15 succès opératoires, preuve manifeste de l'habileté bien connue de notre collègue ; presqu'autant d'insuccès thérapeutiques, témoignage irrécusable de la malignité de ce cancer, tel est le résumé de cette communication où l'auteur trahit son découragement et se pose la question de la nécessité des grands sacrifices.

C'est pourtant dans la voie des sacrifices qu'il faut encore nous engager avec M. Richelot nous proposant l'*intervention chirurgicale dans les grandes névralgies pelviennes*. Le mémoire de notre collègue est à lire et à méditer d'un bout à l'autre ; conçu avec une habileté extrême, écrit dans un style séduisant, rempli de réserves et de hardiesses, bourré de faits probants et de conclusions sagement déduites, ce travail ne saurait être analysé. J'en dirai la substance en toute brutalité : nombre de femmes qui ne sont pas de vraies hystériques, souffrent dans le ventre et autre part de douleurs que rien n'a pu calmer, sont arrivées à un véritable état d'in-

validité, voient leurs facultés affectives et intellectuelles déchues, sont menacées dans leur santé générale et tombent lentement dans la morphinomanie, sans que l'examen le plus minutieux puisse révéler la cause de leur douleur ni faire constater une lésion quelconque des ovaires, des trompes ou de l'utérus. Et pourtant malgré cette absence de lésions, la *douleur* seule faisant ainsi l'indication, Richelot nous dit : « En pareil cas, enlevez les annexes, mieux encore, faites la castration utéro-ovarienne par l'hystérectomie, vous guérirez nombre de malades que vous n'aurez pu soulager par aucun autre moyen, et votre conscience n'aura rien à vous reprocher. J'apporte seize observations; je n'ai perdu qu'une malade opérée *in extremis* et j'ai guéri ou soulagé grandement les quinze autres. »

Ce fut comme une pierre jetée dans une fourmilière ! et tout d'abord qu'appelez-vous grande névralgie pelvienne ? existe-t-il des grandes névralgies ? ont demandé Reclus et Pozzi ? Voilà des mots bien dangereux qui vont sembler justifier des interventions inutiles ? Ces grandes douleurs ne sont-elles pas liées à des lésions que vous ne savez pas suffisamment reconnaitre ; ne peut-il y avoir des cicatrices du col, des déviations ou des mobilités utérines, des ovarialgies hystériques, des névralgies lombo-abdominales symptomatiques, de petites lésions contre lesquelles une moindre intervention pourrait donner d'aussi bons résultats (Pozzi) ? Méfiez-vous, s'écrie Reynier ; vous opérez de fausses utérines, de fausses ovariennes ; vous opérez des névrosthéniques ou des hystériques, des *cérébrales* chez lesquelles l'action chirurgicale ne saurait avoir de bon résultat et peut même provoquer les troubles de l'aliénation. Réservez, dit Pozzi, de semblables interventions à des lésions ovariennes, *petites* il est vrai, mais bien et dûment constatées ; réservez-les pour les horribles dysménorrées liées à l'arrêt de développement des trompes et des ovaires ; mais que tout votre effort porte d'abord sur l'établissement d'un bon diagnostic, le reste en découlera de soi. La question est complexe, dit Terrier ; peut-être y a-t-il des lésions microscopiques et des névrites ascendantes des ovaires que nous ne connaissons pas ; les ovaires scléro-kystiques sont trop fréquents pour être une vraie lésion, ajoute Quénu ; peu importe la lésion ou l'absence de lésion, conclut Championnière ; nous opérons souvent sans savoir ce que nous trouverons, souvent nous ne trouvons rien et cependant nos malades sont soulagées. N'est-il pas vrai que Schwartz a opéré quatre fois dans ces conditions, et Terrillon cinq fois, et qu'ils ont tous deux guéri leurs malades ? Et en fin de compte, tout le monde n'est-il pas d'accord pour reconnaître qu'il y a des cas où il n'y a plus rien à faire qu'à opérer ? Que ces cas soient exceptionnels, qu'ils doivent être mû-

rement examinés, que la décision ne soit prise qu'après l'essai loyal de toute la thérapeutique utile et la longue épreuve du temps, personne ne le conteste, M. Richelot moins que tout autre, et c'est précisément pour exposer ces faits exceptionnels, et cette pratique inusitée, qu'il a pris la parole.

Je ne relève à propos des grosses lésions de l'ovaire, qu'une communication de M. Terrillon sur une nouvelle série de trente-cinq ovariotomies : la réduction de la mortalité à 5 0/0 et l'histoire nouvelle de l'inflammation tardive des gros pédicules en sont les points saillants. Nous en rapprocherons une intéressante observation de Monod sur la difficulté dans certains cas du diagnostic différentiel de l'ascite et des kystes de l'ovaire :

Messieurs, je ne voudrais pas sortir de l'abdomen sans vous citer, moins les détails qu'il mérite, un mémoire important de L.-Championnière sur les *étranglements post-opératoires*, et sur l'*utilité* des *purgatifs* dans *la chirurgie* abdominale, comme moyen préventif de diagnostic et de traitement des accidents d'obstruction et de péritonite au début. Quénu, Terrier, Berger vous ont cependant montré qu'il pouvait y avoir de graves inconvénients et des contre-indications à leur emploi prématuré, et Kirmisson, dans une précédente séance, insistait sur les bons effets de l'opium contre les accidents de l'*étranglement interne*.

J'ajouterai deux observations par Richelot de *péritonite tuberculeuse* dans l'une desquelles une laparotomie ultérieure lui permit de constater la disparition complète des granulations ; et pour terminer, l'histoire pratiquement instructive d'une compresse oubliée dans l'abdomen et sortie spontanément par le rectum huit mois plus tard (Pilate).

Le traitement des *hernies* tient de trop près à la chirurgie abdominale pour que je ne cède pas de suite à la tentation d'aborder ce sujet. La *cure radicale* des *hernies crurales* a fourni à Berger le sujet d'un important travail, où notre collègue nous expose les indications de la cure radicale, son manuel opératoire et surtout la nécessité d'une occlusion parfaite de l'orifice herniaire. Marchand et Schwartz, à cette occasion, nous font connaître leur pratique et les résultats de leur intervention.

Berger encore nous entretient d'*une variété nouvelle de hernie inguinale congénitale chez la femme* et en fait ressortir l'analogie avec diverses formes de la hernie inguinale congénitale de l'homme ; Reclus, Routier, Tuffier, Terrillon citent des cas analogues, en insistant sur la nécessité pratique de ne pas reconnaître une hernie au voisinage d'un kyste, et Felizet, dans de nombreuses observations, nous met en garde contre l'éventualité de la blessure

directe ou indirecte du péritoine, quand on attaque une poche liquide de la région inguinale.

N'abandonnons pas le tube digestif sans signaler le *cancer* du *rectum* et la chute *du rectum*, sans vous rappeler l'opéré de Berger ayant subi la complexe intervention de l'ablation du rectum, de la colopexie iliaque et de la cure de l'anus anormal par l'entérorraphie; sans accorder une trop courte mention au mémoire de G. Marchant sur la rectopexie avec une modification opératoire pour diminuer la hauteur du rectum... et retrécir l'anus en bourse; et à la pratique de M. Delorme et de M. Reclus dans le traitement des hémorroïdes.

La chirurgie des *organes génito-urinaires* de l'homme, pour être moins bruyante que celle de la femme, n'en a pas moins donné lieu cette année à des communications d'un haut intérêt. M. Jouon (de Nantes), vous a proposé la *résection* et la *suture de l'urèthre*, non seulement dans les ruptures récentes et les rétrécissements traumatiques, mais encore comme traitement de choix dans les rétrécissements blennorrhagiques. Berger a fait de sages réserves à cette proposition trop absolue, et notre cher et regretté collègue Horteloup a manifesté des doutes sur l'utilité de la suture qu'il considérait comme souvent impossible.

M. Bazy a repris l'histoire des *calculs enchatonnés* de la vessie, et montré les conditions de cette disposition sur des prostatiques à vessie altérée et la nécessité de la taille hypogastrique substituée à la lithotritie. Tuffier, dans une très intéressante communication, a relaté un fait d'ablation du lobe moyen fibromateux de la prostate par la voie sus-pubienne chez un homme jeune encore; l'intégrité du muscle vésical, les conditions de la miction lui avaient permis de conclure à un obstacle quasi-valvulaire siégeant sur le lobe moyen de la prostate. Enfin Pousson relate une observation d'*hypospadias perinéo-scrotal* opéré en une seule séance.

Un *kyste dermoïde* du scrotum présenté par Reclus, un *fungus tuberculeux* enlevé par Marchand, deux cas d'*orchidopexie* opérés par Marchand et Monod, et voilà tout le bilan de la pathologie du testicule pour cette année.

Dans des régions toutes différentes et éloignées, votre activité, Messieurs, a trouvé encore à s'exercer et, sur des sujets anciens, elle a fait du nouveau. Le *crâne*, la *face* et le *cou* ont été l'objet d'importantes communications. Au crâne, MM. Berger, Schwartz et Larger nous ont montré des exemples instructifs de plaie pénétrante par balle de revolver, avec issue de substance cérébrale, guérie sans sortie du projectile, et sans aucun phénomène immédiat ou consécutif (cas de Berger). A l'inverse de ces faits, M. Delorme

a dû retirer par la trépanation les débris d'un projectile ayant produit une curieuse destruction du crâne.

Dans un intéressant rapport sur une observation de M. Février, ayant trait à une trépanation pratiquée huit ans après une fracture du crâne avec enfoncement, M. G.-Marchant a sagement déduit de l'examen des faits que le diagnostic devait avoir pour base la nature de l'accident antérieur et la présence de l'enfoncement au niveau de la zone psycho-motrice, et qu'en l'absence de ces données, les phénomènes cérébraux, même épileptiques, pouvaient être trompeurs. C'est aussi en incisant au siège d'une ancienne cicatrice de fracture, que Berger a trépané avec succès, trois jours après l'accident, un homme atteint d'un abcès cerébral, et c'est à titre de curiosité que Peyrot nous a communiqué la singulière observation d'une trépanation exploratrice devenue curatrice.

A la face, le *maxillaire* et les *dents* ont eu presque seules les honneurs de la publicité. G.-Marchant a refait avec raison l'histoire trop peu connue des abcès et des fistules du menton symptomatiques d'une lésion *non apparente* de la racine de l'une des incisives inférieures; vaines seront toutes les tentatives de traitement tant qu'on n'aura pas reconnu le siège primitif du mal dans cette incisive saine en apparence, dont on ne peut soupçonner la lésion que par la perte de transparence, l'issue du pus par une ponction exploratrice, et quelquefois par la différence de son à la percussion, comme l'a récemment montré M. Galippe.

A signaler à la hâte, faute de temps, deux cas de constriction des mâchoires heureusement traitée, l'un par M. Kummer, l'autre par M. Jalaguier ; une observation intéressante de *résections nerveuses multiples* pour une névralgie faciale invétérée, par M. Chalot, et les résultats éloignés de l'arrachement du ganglion sphano-palatin fournis par M. Segond; les *avantages de la position de Rose* dans les opérations de bec-de-lièvre compliqués prouvés par M. Phocas; enfin des résultats consolants rapportés par MM. Quénu et Jalaguier d'*extirpation d'épithéliom lingual* pratiquée depuis trois ans et demi.

Les affections congénitales du *cou*, avec leurs nombreuses variétés d'aspect provoquent toujours l'intérêt; un important travail de M. Février complété par un savant rapport de Berger, nous apporte *deux fistules* branchiales, l'une spontanément guérie — fait absolument exceptionnel, — l'autre *double* et *préauriculaire*. Ce fait qui semblait unique à l'auteur a reveillé les souvenirs de MM. Le Dentu, Marchand, Peyrot, Routier et Schwartz, qui ont rapporté des faits analogues ou noté quelques particularités intéressantes des fistules congénitales.

Plus curieux encore est le cas de la *fistule adhyoïdienne* relaté par M. Robert et dont le point de départ fut péniblement trouvé et modifié dans certaines glandes acineuses situées profondément au-dessous de la muqueuse dorsale de la langue et n'existant que chez l'adulte.

Dans ce même ordre d'idées rappelons une méthode opératoire nouvelle longuement décrite par M. Chalot pour une cure radicale d'une fistule congénitale du cou; et terminons par la mention des bons résultats donnés à MM. Moty et Nélaton par les injections de naphtol camphré dans les adénites cervicales.

Il ne semblait guère au premier abord que les *phlegmons du cou*, sujet vieux et banal, pussent donner lieu à de nouvelles et importantes considérations, et pourtant plusieurs de vos séances ont été fructueusement consacrées à ce sujet qui s'est trouvé complété et rajeuni.

A propos d'une observation de phlegmon sushyoïdien, communiquée par M. Linon, M. Nélaton, rapporteur, entraîné par son sujet et par les intéressantes considérations dont l'avait accompagné l'auteur, pose la question de la pathogénie par infection de la muqueuse gingivale ulcérée par la dent de sagesse et renverse à grands coups d'arguments l'ancienne *angine de Ludwig*. Il rapporte en même temps des observations personnelles de phlegmons graves du cou; MM. Quénu, Reclus, Bazy, G. Marchant, A. Marchand, Reynier, Chauvel ont observé des faits analogues; tous ils ont été frappés de l'aspect particulier des lésions et de la gravité des symptômes; Delorme, par une analyse minutieuse de quatre cas personnels, tend à établir une entité clinique différente du phlegmon sous-maxillaire; pour lui, la localisation est primitivement *sublinguale*, et ce n'est que par des incisions larges et précoces allant chercher le pus sous le mylo-hyoïdien que le mal peut être enrayé. M. Auffret en reste aux anciennes doctrines et place le point de départ dans les ganglions profonds du cou, cependant que M. Verneuil nous démontre qu'il y a lieu de catégoriser les phlegmons cervicaux, que les cas dont il est question sont surtout des *stomatites infectieuses*, que la gravité exceptionnelle de ces lésions paraît due à la présence des *spirilles* et que, pour l'adénophlegmon sous-maxillaire, une incision bien placée au centre du ganglion ménage la peau du patient et le guérit aussi bien qu'une balafre disgracieuse. — Enfin, M. Moty, dans une originale communication, fait naître ces accidents de la suppuration radiculaire d'une dent de sagesse absolument saine et à collet intact, et cite deux cas de cette espèce dans lesquels il croit pouvoir accuser la suppuration des épithéliums inclus. C'était à M. Magitot, avec sa compétence spéciale à bien faire voir, en pareil cas, l'importance

du système dentaire, et de fait, pour cet auteur, tout peut se résumer en quelques mots: la lésion dentaire initiale est la périostite alvéolo-dentaire appelée aujourd'hui l'arthrite alvéolaire, affection septique, s'il en fut, d'où dérivent toutes les variétés de phlegmons avec leur gravité particulière.

Messieurs, sans chercher de transition possible, je passe à la chirurgie du *rachis* et des *membres;* ici il ne s'agit plus de questions de pathogénie et de théorie; c'est une chirurgie de résultats. C'est à ce titre que je signale la grave question du *traitement chirurgical du spina-bifida* si bien résolue par M. Monod dans un rapport sur une observation de M. Walther. M. Walther a guéri par l'excision de la tumeur, son malade opéré quatre heures après la naissance; mais le sage rapporteur tout en laissant percer sa préférence actuelle pour l'excision du spina-bifida, nous rappelle que cette ablation donne encore 33 0/0 de mortalité, qu'il y a lieu de faire d'importantes distinctions des cas et d'établir soigneusement le diagnostic du contenu, et qu'il ne faut pas trop oublier les bons résultats fournis par les injections iodées. M. Jalaguier rapporte un succès de l'excision, tandis que MM. Kirmisson, Terrier, Marchand et Prengrüber insistent sur l'absence de réunion cutanée après l'excision et sur la filtration continue et mortelle du liquide céphalo-rachidien par la plaie opératoire.

Aux *membres*, je n'ai presqu'à signaler que des résultats d'opérations. Tout le monde semble d'accord avec M. Chauvel, rapporteur d'une observation de M. Regnier, de Nancy, pour admettre, dans la luxation irréductible du pied, la nécessité d'une arthrotomie immédiate par laquelle on détermine la nature des lésions qui rendent la réduction impossible et l'on y porte remède. MM. Berger et Gérard Marchant citent à l'appui de cette opinion des cas heureux d'extirpation immédiate ou secondaire de l'astragale luxé ou énucléé de sa loge.

De même, malgré les opinions contraires de MM. Schwartz et Marchand, M. Chauvel approuve et défend la désarticulation de la hanche pratiquée par M. Fontorbe pour un ostéosarcome du fémur, et M. Delorme se félicite de l'amputation interscapulo-thoracique pour la même lésion de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Je ne puis que signaler en passant une résection orthopédique de la hanche par M. Kirmisson et Jalaguier, deux cas de suture de la rotule par MM. Reclus et Berger, l'arthrodèse appliquée au genou et au pied par M. Schwartz, les bons résultats d'une résection ancienne du genou par Quénu et d'une double amputation médio-tarsienne par Berger, la résection totale du péroné nécrosé suivie de reproduction présentée par M. Charvot, l'heureuse correction d'une cicatrice vicieuse de la main, à l'aide d'une autoplastie ita-

lienne pratiquée par M. Jalaguier et la guérison obtenue par Quénu grâce aux injections sclérogènes de chlorure de zinc.

Mossieurs, je vous fais grâce des instruments, des statistiques et des pièces, mais vous ne me pardonneriez pas de ne pas vous rappoler dans un petit coin qui pourrait porter en tête « thérapeutique générale » 1° l'originale communication de M. Félizet sur l'emploi des températures extrêmes en chirurgie et sur le flambage des plaies qui permet d'obtenir, après l'exérèse, un foyer sec, un milieu fermé à la vie et à l'évolution des germes ; 2° le nouveau procédé d'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme présenté par M. Terrier et accepté par M. Richelot, dont le plus grand avantage pourrait être la suppression des réflexes au début de la chloroformisation.

Messieurs, je termine ici cette tâche ; tout en ayant été trop long, je suis forcément resté incomplet ; n'en accusez que la richesse de vos productions dont l'inventaire est trop compliqué. Je finis comme j'ai commencé : je vous adresse, mes chers collègues, tous mes remerciements pour votre gracieuseté et votre empressement à faciliter au secrétaire la confection de son procès-verbal, et puisqu'aujourd'hui, je n'ai pu vous demander de manuscrit pour la rédaction de ce compte rendu général, je demande et réclame toute votre indulgence si ma plume a trahi ou dénaturé votre pensée.

ÉLOGE D'ULYSSE TRÉLAT

PAR M. CH. MONOD

Secrétaire général.

MESSIEURS,

Il me semble que c'était hier. Je venais d'apprendre que mon excellent maître, M. Trélat, était malade, peut-être sérieusement malade. Anxieux, je cours m'informer auprès de M. Millard, son médecin et son ami : « Très malade, hélas ! oui », me répond-il, « je le crois perdu ». Je ne saurais exprimer l'émotion qui m'étreignit. Deux jours après, sans qu'il m'eût été possible (ce fut pour moi un chagrin profond) de lui serrer la main, Trélat était mort ; une pneumonie brutale l'avait emporté. Je me vois encore, dans la foule qui assistait à ses funérailles, suivant à pas lents son cercueil, repassant dans mon esprit et dans mon cœur ce que Trélat avait été pour moi, me disant ce que je perdais en lui, ce que perdait la chirurgie française.

Pardonnez-moi, Messieurs, ces souvenirs trop personnels. Deux fois interne du professeur Trélat; ayant, pendant toute ma vie d'étudiant, reçu des témoignages de son indulgente sollicitude; traité plus tard par lui moins en élève qu'en ami, je ne pouvais apporter ici une parole banale, je ne pouvais ne point rappeler que celui qui était pour vous le plus éminent des collègues, fut pour moi le meilleur des maîtres et l'un des plus chers.

Ulysse Trélat naquit à Paris le 13 août 1828; son enfance s'écoula durant les premières années si troublées du règne de Louis-Philippe.

La pâle monarchie de Juillet n'avait pas répondu aux aspirations des auteurs de la révolution de 1830. Nombreux furent ceux qui avaient salué avec espoir ce « trône entouré d'institutions républicaines », et qui, reconnaissant vite leur erreur, durent se résigner à reprendre la lutte.

M. Trélat père avait, sous la Restauration, donné de nombreux gages de son dévouement aux idées libérales. Il fut un des premiers à s'associer au mouvement qui, peu de temps après « les trois glorieuses », entraîna dans une opposition acharnée tant d'hommes jeunes, ardents, passionnés de liberté, pleins de pitié pour les pauvres et les petits.

Il avait embrassé de bonne heure la carrière médicale, et vers 1830 il exerçait à Paris sa profession avec succès et non sans un certain éclat. Il n'hésita pas cependant à renoncer à une vie paisible, à une clientèle lucrative et dévouée, pour se consacrer tout entier au triomphe de ce qu'il considérait comme la bonne cause. Sur l'invitation du comité de la *Société des Amis du peuple*, il se transporta à Clermont avec les siens afin de prendre en Auvergne la direction du parti républicain. Cet exil, dont il fut récompensé par les chaudes sympathies qu'à son retour il laissa derrière lui, dura trois ans.

A Paris, un nouveau et plus lourd sacrifice l'attendait. Le célèbre procès d'avril 1835, intenté à ceux qui avaient pris part aux émeutes de Paris, de Lyon, de Saint-Étienne, allait s'engager. M. Trélat fut du nombre des hommes que l'on jugea dignes de prendre la défense des prévenus.

Je ne puis que rappeler ici l'incident bien connu qui fit passer les défenseurs eux-mêmes de la barre au banc des accusés. M. Trélat, dans un discours enflammé, qui eut un immense retentissement, songea moins à se justifier qu'à exposer ses convictions républicaines. Il fut condamné à trois ans de prison et dix mille francs d'amende. C'était la ruine ; ce fut presque la mort.

Enfermé à Clairvaux, dans une prison malsaine, sous un climat

rigouroux, il dépérissait au point que l'on crut sa fin prochaine. Ses amis, après de longues et pressantes sollicitations, obtinrent qu'il fût transporté à Troyes, où il demeura prisonnier sur parole.

A cette époque vivait à Troyes un républicain de vieille date, grand admirateur de M. Trélat, M. Millard, le père de notre si sympathique collègue. Ce fut lui qui s'occupa de trouver pour M. Trélat un logement salubre; lui aussi qui, pendant tout le temps du séjour de ce dernier dans cette ville, l'entoura de soins éclairés et délicats. C'est à Troyes que se rencontrèrent deux enfants qui devaient grandir ensemble, et rester unis par les liens de la plus fraternelle amitié, Ulysse Trélat et Auguste Millard.

L'amnistie de 1837 rouvrit à M. Trélat les portes de Paris. Après un court passage au *National*, dont il fut nommé directeur, il se décida, sur le conseil de ses amis, à reprendre la profession médicale. Quatre places de médecin aliéniste allaient être données au concours ; M. Trélat résolut de se mettre sur les rangs, et se prépara à la lutte par un travail assidu. Ce fut un dur moment à passer. La famille Trélat occupait alors un petit appartement rue Dauphine, où l'on était loin de vivre dans l'aisance. Les repas mêmes étaient bien maigres; la tête n'en était que plus libre pour l'étude. Le succès couronna l'effort. M. Trélat fut nommé, avec Baillarger, en tête de la promotion.

Il fut placé à la Salpêtrière, où il resta trente-quatre ans. Un logement suffisant pour lui et sa famille, de modestes appointements, quelques profits de clientèle le mettaient désormais à l'abri du besoin.

Il avait épousé en 1819 une femme d'élite, qui par son dévouement, son bon sens, et l'élévation de son caractère eut sur tous les siens la plus bienfaisante influence. Il en avait eu trois enfants: une fille en 1819; un premier fils, Emile, de deux ans plus jeune que sa sœur; et un second, Ulysse, sept ans plus tard [1].

Au moment du concours de la Salpêtrière, Emile Trélat avait près de vingt ans ; ce n'était pas sans peine que, au milieu de la vie tourmentée de son père, il avait réussi à poursuivre ses études. Mais son intelligence et son énergie triomphèrent de tous les obstacles; il venait d'entrer à l'École Centrale, point de départ de la belle carrière qu'il a fournie. Sa présence au milieu de nous aujourd'hui sera mon excuse de n'en pas dire davantage.

Ulysse était encore un enfant; il avait douze ans. Depuis l'âge de neuf ans (au retour de Troyes), il avait été placé dans l'institu-

[1] Un troisième fils, Alphonse Trélat, naquit dix ans après; sa mère ne lui survécut que deux mois. Il est mort lui-même en 1886.

tion de M. Froussard, du « père Froussard », comme l'appelaient familièrement ses élèves : homme rare, éducateur achevé, véritable père des enfants qui lui étaient confiés. Aucun d'eux qui ne reçût l'empreinte de son esprit droit, libéral, élevé, de son cœur chaud et généreux. Partisan de la méthode Jacotot, il en appliquait les principes : il cherchait à développer chez ses élèves l'esprit d'initiative, les invitant à ne pas croire leurs maîtres sur parole, mais à s'efforcer de reconnaître, par eux-mêmes, la vérité de ce qui leur était enseigné.

Trélat fit toutes ses études classiques à la pension Froussard. Il en sortit bachelier en 1844 ; il n'avait que seize ans.

Il commença aussitôt ses études de médecine. A 21 ans (1849), à la fin de sa seconde année d'externat, il était nommé interne des hôpitaux. Ce ne fut que quatre ans plus tard (1853), qu'il conquit le grade d'aide d'anatomie; les concurrents étaient nombreux et de valeur, le combat difficile. Dès lors le succès était certain. Prosecteur en 1856, agrégé de chirurgie en 1857, chirurgien des hôpitaux en 1860, il emportait de haute lutte ces divers postes si enviés, émerveillant ses juges, tant par la précision de ses connaissances que par la forme originale de son exposé.

Sa juste ambition devait le porter plus haut. En juin 1872, à l'âge de 44 ans, la Faculté de Médecine lui confiait la chaire de pathologie externe, qu'il échangeait plus tard contre celle de clinique chirurgicale.

Là était sa véritable place. Il n'avait pas attendu, d'ailleurs, sa nomination de professeur pour prendre part à l'enseignement clinique. Tous les ans, dans les divers services dont il fut chargé, à Saint-Antoine, à Saint-Louis, à la Pitié, il se plaisait à faire des conférences à ses élèves.

Qui de nous n'a gardé le souvenir d'un tel maître ? Non qu'il visât à l'éloquence, ou qu'il donnât à sa parole aucun apparat. Mais quelle clarté d'exposition ! Quelle richesse de langage ! Se préoccupant avant tout d'être bien compris, il aimait à reprendre sous une forme nouvelle l'idée déjà énoncée, jusqu'à la rendre d'une évidence et d'une simplicité telles que le moins attentif ou le plus ignorant en était comme pénétré.

Ah ! comme l'on comprenait, en l'écoutant, ce mot de Renan : « On dit que la langue française est pauvre ! ceux qui parlent ainsi montrent bien qu'ils ne la savent pas. » C'était merveille, en effet, de voir sur les lèvres de Trélat les mots se succéder, chacun apportant une clarté nouvelle, et semblant mieux approprié à l'objet exprimé. Et cela sans effort apparent, sans recherche : la phrase, tantôt serrée, concise, lapidaire, tantôt se développant

en plus longues périodes, toujours correcte et élégante, coulait comme de source. Souvent elle s'éclairait de pittoresques images qui éveillaient ou soutenaient l'attention, et elle avait constamment à son service, pour lui donner plus de relief et de vie, une mimique singulièrement expressive.

Je me reprocherais de ne louer que la forme de ces leçons. Parcourez les deux volumes publiés après sa mort par des élèves dévoués, et vous jugerez si jamais enseignement fut plus varié et plus solide. Toutes les questions à l'ordre du jour sont abordées par lui; sur toutes il a un avis personnel formulé avec précision. On retrouve à chaque page le chirurgien consciencieux, fidèle observateur du malade, fort au courant de tous les progrès de la science moderne, mais remontant volontiers dans le passé, ne fût-ce, comme il le dit quelque part, que pour donner à ses élèves le spectacle instructif « de tous les méandres où la chirurgie s'est égarée avant d'atteindre le but »; soucieux enfin de bien poser les indications opératoires, et faisant appel, pour cela, aux ressources d'une intelligence supérieure, d'une expérience déjà longue et de l'instruction la plus étendue.

Rappellerai-je, à cet égard, son heureuse intervention dans la question de *la cure radicale des hernies?* Vous n'avez pas oublié comment, en une formule qui fit fortune, il résumait la ligne de conduite qu'il avait adoptée et qu'il préconisait : « Toute hernie, disait-il, qui n'est pas complètement, constamment et facilement contenue par un bandage, doit être opérée. » On ne pouvait mieux dire et en moins de mots.

C'est à lui que l'on doit aussi une bonne connaissance des indications et des règles de la *staphylorrhaphie*, un de ses sujets de prédilection. L'âge auquel l'opération peut et doit être entreprise, les soins antérieurs et consécutifs, la nécessité d'imposer au malade, avant comme après l'intervention, une éducation spéciale de la parole, sans laquelle le résultat phonétique peut être nul; la meilleure technique à suivre pour mener l'opération à bien,— tous ces points sont discutés par lui avec l'autorité que lui donnait la pratique la plus habile et la plus heureuse.

Il me serait facile de citer beaucoup d'autres sujets où il porta la lumière : ses recherches sur le mécanisme et les conséquences des *fractures du crâne*, sur les avantages respectifs de *l'anus iliaque et de l'anus lombaire*, sur *les tumeurs lymphathiques*, sur *la maladie kystique du testicule*, sur *le lymphadénome* du même organe et la gravité du *lymphadénome en général*, sur *l'ulcère tuberculeux de la langue*, sur les indications de *la trachéotomie dans les affections syphilitiques des voies respiratoires*, etc., énumération bien incomplète, à laquelle il faut absolument ajouter deux thèses

qui demeurent classiques : sa thèse inaugurale consacrée à l'étude des *fractures de l'extrémité inférieure du fémur* et sa remarquable thèse d'agrégation sur *la nécrose phosphorée*.

L'œuvre écrite de Trélat n'est cependant pas considérable. La mort l'a surpris trop tôt, au moment où il allait coordonner et mettre en œuvre les nombreux matériaux qu'il avait amassés.

C'est surtout par son enseignement oral et par sa pratique hospitalière qu'il a eu, sur de nombreuses générations d'élèves, une influence féconde. Aussi est-ce à bon droit que l'un de ceux-ci, le plus distingué et le plus aimé, se souvenant de ce qu'il avait vu et entendu, le mettait au nombre des plus grands chirurgiens de notre époque.

Clinicien consommé et opérateur hors ligne, Trélat possédait en effet les deux qualités maîtresses du chirurgien.

Elève, et digne élève, de Nélaton, nul mieux que lui n'a connu cet art difficile de bien examiner un malade et d'arriver par une suite de déductions, toujours justes, souvent ingénieuses, à poser un diagnostic précis, conduisant à une action opératoire nettement formulée.

Dans les cas douteux ou obscurs, il attendait pour se prononcer, revoyant le malade à diverses reprises, y songeant lorsqu'il avait quitté l'hôpital, finissant toujours par se faire une opinion ferme, quitte à reconnaître loyalement son erreur si elle lui était démontrée.

Il répugnait à user des ponctions exploratrices, estimant que le chirurgien ne devait prendre l'instrument en main que lorsqu'il était arrivé par un examen minutieux à une notion exacte de la maladie ou de la lésion.

« Il y a à l'époque actuelle », disait-il dans une de ses leçons, « une certaine tendance à négliger le diagnostic précis pour s'en tenir au diagnostic apparent ; personnellement, je suis resté le passionné de ce diagnostic précis, et je le recherche toujours avec persévérance et avec opiniâtreté. »

Tous ceux qui ont suivi Trélat de près dans son service savent combien il conformait sa conduite chirurgicale à ces paroles.

C'est aussi au souvenir de ses élèves que je voudrais faire appel pour évoquer devant vous le brillant opérateur que nous avons admiré ensemble. Et je ne songe pas ici seulement à ces opérations délicates, autoplasties de la face, réparation de la fente palatine, restauration du périnée, où il excellait, mais aux interventions les plus diverses et les plus vulgaires, auxquelles il procédait avec le même soin, j'ai presque dit avec la même coquetterie. Il avait horreur de l'à peu près, et tendait sans cesse à la perfection, aussi

bien pour le résultat final que pour tous les détails de l'acte opératoire. Dans sa pensée comme dans sa pratique, le beau s'associait nécessairement au bien. Une opération, pour mériter d'être dite achevée, devait avoir été proprement et élégamment conduite.

Un incident imprévu, un vice d'instrumentation, la faute d'un aide l'irritaient. Il manifestait parfois son mécontentement avec une certaine violence, élevant la voix, frappant du pied, envoyant même au loin le bistouri qui coupait mal. Mais ces colères n'étaient qu'à la surface; elles ne lui faisaient rien perdre de son sang-froid; et, l'opération terminée, il savait, soit par un mot bienveillant, soit seulement par son attitude, faire oublier sa vivacité.

Il poursuivait le fini de l'acte opératoire jusqu'au bout, apportant au placement des fils et au pansement la même précision qu'à l'opération elle-même.

J'ajoute qu'il avait eu de tout temps le souci de la propreté : propreté du malade, propreté des instruments, propreté du chirurgien. A cet égard on pourrait dire qu'il fut un précurseur, ou du moins que la grande réforme accomplie par Lister devait trouver en lui un esprit bien disposé. Il fut, en effet, un des premiers, et presque le seul, parmi les chirurgiens de son âge, à se soumettre sans arrière-pensée aux règles de la plus minutieuse antisepsie. Il avait compris toute la portée de cette évolution de l'art chirurgical; il ne tarda pas à en constater par lui-même les bienfaits. Il les proclamait bien haut. « Il y a quinze ans », disait-il peu de temps avant sa mort, « nous en étions encore à secouer cette robe de Nessus des complications septiques, infection purulente et autres; aujourd'hui nous en sommes arrivés, non pas à discuter la guérison physiologique, qui ne peut être révoquée en doute, mais à rechercher les moyens qui nous permettront de l'obtenir de plus en plus fréquemment ». Et il entrevoyait le moment où « par la connaissance de plus en plus complète de tous les agents, de toutes les ressources et de tous les détails de l'antisepsie, cette guérison devenant la règle, l'avenir de la chirurgie deviendrait lui-même indéfini ».

Une pareille adhésion, au jour où les pratiques de Lister n'avaient en France que de rares partisans, était précieuse. On a pu dire, non sans raison, qu'elle a été pour beaucoup dans l'avènement parmi nous et le triomphe aujourd'hui incontesté de la méthode.

Trélat, dans cette phase de son existence chirurgicale, se montrait tel qu'il a toujours été. Ami éclairé du progrès, il n'était pas de ceux qui s'immobilisent dans leurs propres recherches, repous-

sant celles des autres par crainte d'ébranler un édifice laborieusement construit. Accueillant avec intérêt toute idée nouvelle, il apportait à son étude le sens critique dont il était à un si haut point doué, et, s'il l'avait trouvée solide, s'en montrait le plus chaud défenseur. C'est ainsi qu'il se maintint toujours et jusqu'à la dernière heure à la hauteur du mouvement scientifique contemporain, ajoutant sans cesse à son propre fonds les richesses que le labeur humain créait autour de lui.

Les plus humbles trouvaient en lui un auditeur attentif et bienveillant. Avec une modestie bien rare chez les hommes arrivés à la grande situation qu'il occupait, il se plaisait à reconnaître qu'en certains points sa science pouvait être en défaut; et de quelque part que vînt la lumière, son esprit était ouvert pour la recevoir.

Il provoquait les confidences de ses élèves; les encourageant, s'il y avait lieu, dans la voie où ils s'étaient engagés, ou redressant avec sagacité leurs erreurs. Combien, dans cette enceinte, témoigneraient volontiers du précieux concours qu'il leur a prêté!

Trélat avait sa place marquée d'avance dans nos sociétés savantes; il n'en est pas une qui ne fût heureuse de l'accueillir.

L'Académie de médecine lui ouvrait ses portes en 1874, et l'appelait, en 1886, à l'honneur de présider ses séances. Il y marqua parmi les orateurs les plus écoutés. Ses discours remplis de faits, très étudiés, bien qu'en apparence improvisés, à la fois brillants de forme et de la plus haute valeur scientifique, sont des modèles.

Quelques-uns sont restés célèbres. Lors de la discussion soulevée, en 1882, par une communication du professeur Gosselin sur le meilleur mode d'administration du chloroforme, il monta à la tribune et commença en ces termes:

« Messieurs, il y a un mois, jour pour jour, que M. Gosselin présentait ses premières observations sur le chloroforme et disait: « Le chloroforme, même légèrement impur, n'a pas de sérieux in- « convénients, et surtout ne donne pas la mort, lorsqu'il est bien « administré. » Ce même jour, 14 février, à 11 heures du matin, j'opérais un jeune homme de vingt ans pour un petit lymphadénome du cou... l'opération approchait de sa fin, la compresse avait été enlevée et le malade respirait librement... lorsque survint une syncope... » Je passe les détails de la scène dramatique qui suit et qui se termina par la mort de l'opéré... « Il y a, Messieurs », continuait-il, « des coïncidences cruelles, et vous conviendrez que le verdict prononcé par M. Gosselin était dur, le jour où j'avais la douleur de perdre un malade sous le chloroforme. » Je ne puis reproduire ici le long et intéressant discours dans lequel notre

collègue, partant de ce fait, montrait que, quelques soins que l'on mette à donner le chloroforme, quels que soient les artifices auxquels on s'adresse, le sujet soumis à l'anesthésie court fatalement certains dangers, inhérents à l'action de la substance employée. Mais en face de ces dangers, il plaçait les bienfaits de l'anesthésie. « Comptons nos morts, puisqu'il le faut », s'écriait-il; « mais comptons aussi nos succès. Croyez-vous que si l'on pouvait mettre d'un côté, comme dans un plateau de balance, tous ceux que le chloroforme a frappés en pleine vie, et de l'autre, toutes les survivantes de l'ovariotomie, de l'hystérectomie, tous ces revenants des laparotomies, des résections intestinales, et qu'on pût leur crier à tous : Levez-vous pour la défense de l'anesthésie, — croyez-vous que vos quelque deux cents morts de chloroforme ne feraient pas maigre figure en présence de toutes ces existences conservées, ou même arrachées aux étreintes du tombeau? » Et il terminait par ces mots qui soulevaient les applaudissements prolongés de l'assistance : « Autant que personne, autant que vous tous, chers collègues, je sens la grandeur et même la noblesse de notre profession; je sais qu'il y a des heures, des moments, où nous surtout, chirurgiens, nous tenons entre nos mains la vie de nos malades, où nous sommes les souverains maîtres, les arbitres suprêmes de leur existence. Chaque fois que je m'approche d'un malade avec un fer rouge, une lame tranchante, ou une compresse de chloroforme, je suis pénétré de la responsabilité que j'assume, d'autant plus lourde qu'elle est plus complètement dépourvue du contrôle humain. Je sais que dans ces instants solennels nous n'avons pour guide, pour lumière, que la science et la conscience. Bien savoir, juger juste et sentir fortement, voilà là règle, la bonne doctrine, et je me sens plus à l'aise sous sa large égide qu'en employant, pour éviter les nombreux dangers de nos actes chirurgicaux, des recettes incertaines et décevantes. »

Il serait agréable, mais il n'est malheureusement pas possible de parcourir avec vous les bulletins de l'Académie, et de vous montrer notre collègue prenant part à toutes les discussions importantes avec une autorité et une éloquence sans égales : tantôt pénétrant dans le détail des faits et opposant à ses adversaires des arguments tirés de sa grande expérience personnelle, tantôt élevant le débat, dégageant la vérité des détails qui l'obscurcissaient, et la faisant éclater au-dessus d'eux dans sa pleine lumière.

La dernière fois que Trélat monta à la tribune de l'Académie, ce fut à propos de la prophylaxie de la tuberculose. Grâce à son heureuse intervention, la discussion qui durait depuis de longs mois, et menaçait de se terminer par un vote d'impuissance, put

aboutir. Son discours plein d'esprit et de bon sens avait vaincu toutes les oppositions.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler longuement la part considérable prise par Trélat aux travaux de notre compagnie. Membre titulaire de la Société de chirurgie depuis 1860, il fut successivement nommé par vous secrétaire annuel en 1864, secrétaire général en 1868, président en 1873. Il ne sollicita l'honorariat qu'en 1886, et n'en resta pas moins assidu à nos séances. Ce fut comme secrétaire général qu'il fut appelé à prononcer devant vous l'éloge de Velpeau et celui de Laborie. En ces deux circonstances, vos séances annuelles furent vraiment des jours de fête. L'éloge de Velpeau, en particulier, est un morceau bien fait pour décourager ceux que votre confiance appelle à un poste illustré de telle façon.

C'est cependant plutôt par son active participation à nos réunions hebdomadaires que le souvenir de Trélat reste vivant parmi nous. Il est permis de dire sans exagération qu'il fut pendant de longues années l'âme de notre société, ou, si vous le préférez, que sa présence au milieu de nous donnait à nos séances un singulier attrait. Prenant souvent la parole et toujours à propos, il savait en quelques mots ranimer l'attention languissante, dissiper les confusions, remettre les choses au point, empêcher la discussion de se perdre dans les minuties. Il écoutait attentivement, et bien souvent n'intervenait que lorsque la liste des orateurs semblait épuisée; résumant alors le débat, avec ampleur et clarté, il acculait pour ainsi dire ses auditeurs à des conclusions marquées au coin du bon sens et de la raison.

Je ne puis mentionner ici les nombreuses communications originales dont il nous a donné la primeur. Qu'il me suffise de dire qu'il n'est pas un point de sa pratique hospitalière ou privée dont il ne se soit fait un devoir de nous entretenir, lorsqu'il le jugeait de nature à nous instruire ou seulement à nous intéresser.

Jusqu'à la fin il demeura parmi nous. C'est le 12 mars 1890 qu'il prenait pour la dernière fois la parole, à cette place où nos yeux le cherchent encore. Quinze jours plus tard, nous avions la douleur d'apprendre qu'il n'était plus.

Trélat fut encore un membre actif de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Comme il le disait lui-même en occupant, en 1885, le fauteuil de la présidence de cette société, de nombreux liens le rattachaient à elle : « Souvenirs anciens et vénérés de l'éducation paternelle, premiers travaux personnels, vif intérêt, ou mieux passion pour l'amélioration de notre race et le développement de notre puissance nationale. »

Il se faisait, on le voit, une haute idée du rôle de l'hygiène sociale. Étudier les questions qui s'y rapportent, démontrer les bienfaits dont elle est capable, proposer de sages prescriptions sanitaires et donner aux pouvoirs publics les moyens de les mettre à exécution, c'était, selon lui, servir son pays et travailler à augmenter le patrimoine humain. Noble ambition, bien digne d'un esprit large et généreux.

Aussi s'était-il de tout temps senti attiré vers ce genre d'études.

Lorsque, vers 1864, furent discutés les divers projets de reconstruction de l'Hôtel-Dieu, il s'éleva avec force contre celui qui voulait replacer le vieil hôpital dans la Cité; il montrait que, la population hospitalière s'étant déplacée, un aussi vaste établissement, en un tel lieu, était inutile, qu'il serait horriblement coûteux (il évaluait la dépense à 40 millions, soit 50,000 francs par lit), enfin qu'il était impossible d'y satisfaire aux exigences de l'hygiène des malades.

Il provoqua à cette occasion, ici même, une discussion importante, et fit adopter par la Société de chirurgie, à la presque unanimité de ses membres, une série de propositions, véritable code d'hygiène hospitalière, qui ne modifièrent malheureusement en rien les plans de l'administration. Le parti était pris : il fallait s'incliner devant une volonté souveraine.

Deux ans plus tard, il poursuivait son œuvre en étudiant avec vous l'hygiène des Maternités; il n'avait pas de peine à établir que les règles applicables aux hôpitaux généraux devaient être suivies plus rigoureusement encore dans ces établissements spéciaux, où la mortalité était alors véritablement désastreuse; la prophylaxie des maladies puerpérales réclamant de plus certaines mesures particulières, qu'il indiquait.

Cette fois, ce ne fut pas seulement auprès de collègues convaincus d'avance, mais auprès de l'administration elle-même qu'il obtint gain de cause. On a peine à croire qu'il ait fallu un tel effort pour faire triompher des vérités qui sont aujourd'hui de connaissance vulgaire.

Du reste, les recherches de Trélat sur les conditions de la salubrité ne se bornaient pas aux hôpitaux; et, parlant sur sa tombe au nom de la Société de médecine publique, M. Napias pouvait rendre hommage à la haute compétence dont son collègue faisait preuve dans l'étude des questions d'hygiène les plus diverses.

C'est en raison de cette compétence, universellement reconnue, que Trélat fut appelé à siéger dans le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. Là encore, il a laissé le souvenir de la rectitude de son jugement, de la sûreté de son conseil, de l'art avec lequel il exposait son opinion, de l'ardeur qu'il mettait à la

défendre, sans que jamais la discussion la plus vive lui fît oublier la courtoisie des formes et le respect dû à des contradicteurs de bonne foi.

Ceux qui approchaient Trélat ne se sentaient pas de prime abord attirés vers lui. Son accueil n'avait rien d'avenant. Je me souviens de l'impression de respectueuse crainte que je ressentis lorsque, jeune élève en médecine, je fus pour la première fois mis en sa présence. Je le revois tel qu'il m'apparut alors, les traits fortement accusés, l'œil perçant, scrutateur, caché sous des sourcils noirs et fournis, le front chargé de rides volontaires, la bouche s'avançant en une sorte de moue menaçante, que dissimulait mal — qu'accentuait bien plutôt — une barbe courte, soignée, mais abondante, contribuant à donner à l'ensemble un aspect sombre et sévère.

Je ne soupçonnais pas, alors, mais je sus bientôt ce que cette apparence un peu farouche cachait de douceur et de bonté. Et, cependant, bon plutôt qu'aimable, plus soucieux de suivre le chemin qu'il s'était tracé que de chercher à plaire, sachant ce qu'il valait, supportant mal qu'on parût en douter, Trélat ne fut pas de ceux qui s'entourent d'amitiés faciles.

Celles qu'il détermina n'en furent que plus solides. On le vit bien, le jour qu'il disparut. Au concert de louanges qui s'éleva de toutes parts se joignit un cri de douleur. Pouvaient-ils ne pas le pleurer, ceux qui avaient su trouver en lui, comme le disait l'un d'eux, et non le moins éloquent, « l'ami fidèle et qui ne variait pas... se donnant à ses amis, comme il se donnait à ses élèves, de la totalité de son âme aimante ? »

Trélat fut aimé. Peut-être fut-il plus encore admiré. Il était difficile en effet de le voir de près, et surtout de l'entendre, sans être sous le charme.

Possédant une instruction des plus variées, toujours au courant, il était prêt à tenir tête à ses interlocuteurs, quel que fût le terrain sur lequel il était conduit. Arts, sciences, littérature, religion, politique, questions sociales, rien ne lui semblait étranger.

Et l'on ne savait ce qui étonnait le plus en lui, ou de la valeur de ses connaissances, ou du sens critique qui le conduisait comme d'instinct aux solutions justes, ou de la forme merveilleuse, toujours claire, pleine de saillies, que, dans les plus simples causeries, il donnait à sa pensée. Esprit éminemment généralisateur, il saisissait les questions par leur côté le plus large. C'était plaisir de le suivre dans ces hautes envolées où, planant au-dessus des petitesses et des argutics, il s'élevait à ces hauteurs où les vues d'ensemble dominent les faits particuliers et les expliquent.

Un de ceux qui ont le plus joui de son amitié, de sa société et lui ont gardé le plus affectueux souvenir, m'écrivait à ce sujet quelques lignes qui ne seront peut-être pas déplacées ici :

« Ceux-là ne semblent pas avoir complètement connu la puissance de parole d'Ulysse Trélat, qui n'ont pas été admis dans son intimité. Cet homme était l'éloquence même. A table, entouré de sa famille et de deux ou trois amis, cette verve oratoire s'échappait comme malgré lui. Que de fois — en vérité presque chaque fois que j'ai dîné chez lui — j'ai été témoin de ce phénomène. Un sujet quelconque tombait dans l'entretien : chacun disait son mot, soutenait une thèse plus ou moins paradoxale. Trélat se taisait; mais le bouillonnement intérieur se faisait. On le sentait arriver à ses lèvres; il lançait d'abord de petites maximes hachées, incisives, s'écoulant comme des filets précurseurs ; puis la phrase et la pensée grondaient, montaient; sans jamais perdre pour centre le point précis en discussion, le discours s'élargissait; les images neuves, brillantes, se suivaient, parfois se heurtaient; la parole allait, de plus en plus chaude, vibrante, abondante ; les sophismes étaient réduits en poudre; c'était vraiment l'éruption d'un volcan, et c'était aussi la clarté du soleil. Est-il étonnant que, lorsqu'une pareille voix s'est tue, tout, à l'entour de la place demeurée vide, ait semblé morne et décoloré? »

Ainsi doué, Trélat aurait pu prendre une grande place dans le monde politique, où l'attiraient d'ailleurs des souvenirs paternels, un certain penchant naturel, ses nombreuses et hautes relations. Il ne le voulut pas et ferma toujours l'oreille aux sollicitations qui cherchaient à l'engager dans cette voie. Il avait le sentiment très net qu'il ne pourrait remplir exactement les nouveaux devoirs qu'il s'imposerait, sans sacrifier quelque chose de sa véritable vocation. S'il franchissait volontiers les frontières de la science où il était passé maître, il entendait cependant, et par-dessus tout, rester chirurgien et donner à son art, à ses malades, à ses élèves le meilleur de son temps et de ses efforts.

Dans une seule occasion, il consentit à abandonner l'hôpital. Ce fut lors de la guerre de 1870. Il crut être plus utile à son pays en portant son activité au dehors. Un des premiers, il partit à la tête d'une ambulance et paya bravement de sa personne en ces jours douloureux, dont il garda un cruel souvenir.

Nul ne ressentit plus vivement que lui les humiliations patriotiques ; mais jamais il ne désespéra de l'avenir de la France. Il la voyait d'avance retrempée par l'épreuve, se mettant de nouveau à l'œuvre, et reprenant son rang dans le monde. Sa piété filiale avait vu juste.

Mais ici encore je veux lui laisser la parole. C'était au lendemain de nos désastres. Chargé de vous présenter une analyse des travaux accomplis par la Société de chirurgie pendant l'année terrible, il ne put, au milieu de l'émotion générale, imposer silence à la sienne, et fit précéder le compte rendu habituel de ces fortes paroles :

« Toutes les douleurs et tous les deuils ont eu leur retentissement dans ce modeste asile de paix et de science. Sachons en conserver le vivant souvenir. C'est la colonne lumineuse qui désormais doit guider notre marche vers la vraie, la seule vengeance digne d'un grand pays. S'il ne nous est pas donné de l'atteindre nous-mêmes, sachons du moins apprendre à nos enfants qu'il faut remonter péniblement, pas à pas, la rude côte où nous nous sommes laissé choir. Faisons comme le Corse, qui lègue à ses fils la vendetta sacrée ; et disons-leur : « La vengeance, elle est au bout du « chemin, mais ne craignez ni la longueur, ni la fatigue de la route ; « car chaque étape vous donnera plus de vigueur et doublera votre « agilité vers le but... » « Pardonnez à ces paroles, Messieurs », ajoutait-il. « Qui peut échapper aujourd'hui à ces préoccupations? Et où sont-elles hors de place ? Dans quelque voie que nous soyons engagés, n'avons-nous pas tous senti que notre responsabilité s'est accrue, que nous avons à faire beaucoup, vite et bien? Tout le monde connaît le mot de Newton à propos de la pesanteur : « *C'est en y pensant toujours* », disait-il. Mot simple et vrai, dont nous devrions faire désormais notre règle. »

Parlerai-je de l'intégrité de Trélat, de sa probité, de son désintéressement? Peut-être ne serait-il pas nécessaire de rappeler qu'il possédait ces vertus cardinales du médecin, si nous ne vivions en un temps où faire fortune est, dit-on, pour quelques-uns la préoccupation suprême, et où parfois, pour atteindre le but, on ne se montre pas très scrupuleux sur le choix des moyens. Trélat ne connut aucune de ces défaillances. Et par là encore il nous laisse un salutaire et fortifiant exemple.

Il était de mœurs simples, conservant au milieu de la grande aisance que lui procurait son travail un train de maison modeste.

Sa vie n'était pas celle de tout le monde. Il se levait tard et avait pour cela une large excuse. Il dormait peu et mal. Tourmenté par les quintes d'une toux dont vous avez encore dans l'oreille les pénibles éclats, il ne trouvait un peu de repos que dans les dernières heures de la nuit. Cette infirmité qu'aucun traitement ne parvint à atténuer fut une vraie souffrance. Ceux qui l'ont vu, peu après son lever, en proie à ces horribles secousses qui ébranlaient son corps à le briser, peuvent seuls comprendre ce

qu'il lui fallait d'énergie pour aborder sans faiblesse la tâche de chaque jour. Il n'en faisait pas moins son service avec régularité et avec soin ; mais il le commençait tard, et sortait tard de l'hôpital. Il fallait ensuite suffire aux devoirs et aux occupations multiples de la journée ; et on avait vite fait de l'accuser d'inexactitude, lorsqu'il ne se montrait pas aussi esclave de la ponctualité que d'autres mieux portants que lui.

Aussi bien, faut-il l'avouer, il n'était pas dans son caractère de se soumettre à des règles rigides. Il s'abandonnait volontiers à la fantaisie du moment, ne résistant pas au plaisir de deviser avec l'ami rencontré au sortir d'une réunion; tout surpris, au bout de quelques instants, de constater que le temps avait passé; achevant cependant la phrase commencée, causant encore l'espace d'une cigarette, puis courant au rendez-vous promis, où il arrivait en retard. Parfois aussi on le voyait s'arrêter à l'échoppe d'un marchand de tableaux et de curiosités, découvrant d'un coup d'œil l'objet de valeur, se plaisant à en rechercher l'origine, à l'estimer, le maniant avec la passion du fin connaisseur, s'oubliant là plus peut-être qu'il n'eût fallu.

Petits travers que vous me pardonnerez de rappeler ! Ne font-ils pas partie de la physionomie de notre collègue, de cet homme si foncièrement original qui, aux connaissances précises du savant, aux qualités du praticien le mieux pondéré et le plus possesseur de lui-même, joignait l'imprévu, le brillant, ce je ne sais quoi de poétique fantaisie qui est le propre de l'artiste.

Artiste, Trélat l'était dans l'âme. Il avait au plus haut degré l'amour du beau, de l'achevé, du parfait sous toutes les formes et dans toutes les branches du savoir humain. Tel nous l'avons vu jusque dans sa pratique chirurgicale; tel il était dans toutes les circonstances de la vie. Il aimait à s'entourer d'objets d'art, de tableaux de maître, de faïences de choix, de belles tentures. Il les admirait chez les autres, au point qu'on a pu lui reprocher plaisamment de sembler prendre plus d'intérêt à la décoration de la chambre qu'au malade pour lequel on l'avait appelé; simple apparence, ai-je besoin de le dire, qui ne pouvait en imposer qu'aux esprits malveillants ou superficiels! De fait, rien n'échappait à son œil clairvoyant. Une étoffe heureusement drapée, un meuble bien planté et de formes harmonieuses, l'objet le plus simple, pourvu qu'il eût quelque valeur artistique, attirait immédiatement son attention et sa critique. Son goût était sûr, délicat, éclairé. Il n'appréciait pas seulement avec justesse, mais savait donner les raisons de ses préférences; qualité rare qui rendait sa conversation particulièrement attrayante et, comme l'on dit aujourd'hui,

suggestive. Il comptait de nombreux amis parmi les artistes de profession, qui le considéraient comme un des leurs.

Il semble donc que rien ne manquait à Trélat pour réaliser le type de l'homme accompli. Intelligence de premier ordre; possédant à fond les secrets de la science et les procédés de la pratique; ouvert aux sensations et aux plus hautes jouissances de l'art; orateur incomparable et causeur charmant; maître aimé, écouté, recherché par tous; ayant à ses côtés, vous me permettrez de le dire, une compagne digne de lui, ferme soutien et guide sûr dans les jours difficiles, grande artiste elle aussi et maîtresse dans son art, et deux enfants qui ne lui donnaient que de la joie, — son sort n'était-il pas de tous points enviable? ne devons-nous pas, en déplorant sa disparition avant l'heure, reconnaître au moins que les jours qu'il passa sur cette terre furent ceux d'un homme heureux?

Et pourtant Trélat ne fut point un heureux.

« Sa nature inquiète », disait de lui un ami qui le connaissait bien, « toujours en quête du mieux, lui avait refusé cette sereine philosophie, qui n'attend de la vie que ce qu'elle peut donner ». Il aspirait toujours plus haut pour lui-même, pour les siens, pour son pays, et souffrait de voir la réalité répondre si mal à ses désirs. Plaignons-le, messieurs, ne le blâmons pas. « La nature de l'homme », a dit un grand écrivain contemporain, « est composée d'aspirations infinies que notre condition présente ne peut satisfaire ». Bien peu ont le sentiment et le souci de cette impuissance. Les âmes bien nées, éprises d'idéal, connaissent seules d'aussi nobles tourments. Trélat appartenait à cette élite.

Peu de temps avant sa mort il eut une vraie joie. A l'occasion de sa nomination au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur, un banquet lui fut offert, où se pressèrent en foule ses élèves, ses amis, ses collègues. Il en éprouva une satisfaction profonde. Il sentait, comme le lui disait dans une chaude allocution son plus ancien camarade et son plus fidèle ami, qu'en un tel jour on ne rendait pas seulement hommage à sa grande autorité de savant et de chirurgien, mais aussi « à sa réputation d'intégrité et de justice, à sa droiture et à l'élévation de son caractère, à son absolue probité scientifique et professionnelle ».

Jamais éloge ne fut plus mérité. Trélat nous a quittés, laissant un nom glorieux et sans tache. Aussi n'est-il pas mort tout entier. Son souvenir bienfaisant nous reste et ses œuvres le suivent.

Séance du 4 janvier 1893.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *A propos d'une tumeur de la paume de la main*, par M. Reboul (de Marseille). (Extrait des *Arch. provinc. de Chirurgie*). Brochure in-8° ;

3° *De la périnéotomie et de ses applications*, par M. Ch. Willems (de Gand). Brochure in-8°.

A propos du procès-verbal.

M. Félizet. J'ai demandé la parole à l'occasion de la présentation faite par M. Pozzi, dans la dernière séance, d'une aiguille à suture au nom de M. Montaz, de Grenoble.

Je vous ai présenté, il y a trois mois, une aiguille à fil courant, basée, dans son fonctionnement, sur le principe de la machine à coudre. Il y a là un point commun avec l'aiguille de M. Montaz que je devais signaler, non pas pour faire une réclamation de priorité, mais afin qu'on ne donnât pas à mon silence une interprétation qui ne me convient pas.

Suite de la discussion sur l'orchidopexie.

M. Terrillon. La fixation du testicule ectopié au fond des bourses après son déplacement au cours d'une opération réglée, m'a toujours semblé une intervention rationnelle et capable de rendre service dans quelques cas. Jamais je n'ai pu admettre que chez tous les opérés, il fallait s'attendre à un résultat certain.

En effet, ce qui constitue le but à atteindre dans cette tentative pour remettre le testicule à sa place normale est, d'une part le retour à sa position naturelle, d'autre part la possibilité pour l'organe de se développer et d'atteindre lo volume ordinaire.

A la suite de l'opération, on peut espérer obtenir ces deux résultats simultanément ou bien un seul. Tantôt le testicule sera remis à sa place et ne grossira pas, tantôt il remontera vers l'anneau. Il est facile de faire toutes les hypothèses sur les échecs qui peuvent se présenter. C'est là du reste le résultat de l'expérience qui montre que, si dans un certain nombre de cas, on obtient un résultat satisfaisant, souvent aussi on échoue complètement ou partiellement. Les observations publiées jusqu'à ce jour à l'étranger et en France prouvent bien que l'opération qui peut toujours être tentée sans danger donne les résultats les plus variables.

J'ai pratiqué depuis trois ans six opérations d'orchidopexie pour des enfants âgés de dix à seize ans.

Pour quatre de ces opérés, l'intervention était indiquée, non seulement pour déplacer le testicule arrêté au niveau de l'orifice du canal inguinal, mais aussi afin de guérir une hernie inguinale en voie de formation.

Deux jeunes gens ne présentaient aucune trace de hernie, mais portaient un testicule douloureux au niveau de l'anneau inguinal externe. Le testicule rentrait et sortait à des intervalles variables et était devenu le siège de douleurs violentes.

Le manuel opératoire n'a pas différé de celui décrit par mes collègues. J'ai remarqué comme eux la difficulté de déloger le testicule de sa loge primitive, et surtout de disséquer le canal déférent accompagné de ses vaisseaux.

Ce n'est qu'à force de patience, en coupant avec soin de nombreuses adhérences et filaments fibreux du cordon qu'on arrive à séparer tous ces organes.

Quand on enlève en même temps le canal vagino-péritonéal qui préparait une hernie, la séparation de cette partie avec le cordon est longue et pénible.

Souvent, malgré une mobilité qui paraît suffisante, on ne peut faire descendre l'organe que de quelques centimètres et on atteint difficilement le fond des bourses. Cette difficulté s'est présentée dans une de mes opérations. Cependant le testicule fut fixé avec deux petits catguts. Peu à près il remonta du côté de l'anneau et finalement il est resté à trois centimètres de cet orifice, ce qui n'est pas un résultat très favorable.

Dans tous les cas, j'ai creusé avec le doigt une loge dans le scrotum, en allant jusqu'à la peau. Le testicule a été fixé par un ou deux points de suture comprenant la face profonde de la peau du

scrotum d'une part, et d'autre part le tissu fibreux le plus voisin de la queue de l'épididyme. Il existe là un petit pont de tissu fibreux qui unit l'épididyme au testicule et qui forme un point d'appui assez résistant à la suture.

Mes résultats ont été les suivants :

Trois de mes opérés ont bénéficié d'une façon manifeste de l'opération.

Le testicule est resté dans le fond des bourses, et actuellement il se trouve, lorsque l'enfant est dans la station debout, à quatre ou cinq centimètres au-dessus de l'autre, par conséquent dans une situation très avantageuse. Ces testicules ont grossi d'une façon notable depuis les opérations qui datent de 24 mois, 18 mois et 15 mois.

Chez les trois autres, le succès est moins net.

Chez un des opérés, le testicule a remonté presque à l'anneau, cependant son volume a augmenté depuis l'opération qui date de deux ans. Ce testicule qui était douloureux est devenu très tolérant et l'enfant ne se plaint plus.

Pour les deux autres, les testicules sont restés dans les bourses, mais à une faible distance du canal inguinal, leur volume n'a nullement augmenté; cependant ils ne sont pas douloureux. Ces jeunes opérés n'ont que 13 et 15 ans ; aussi tout espoir de voir augmenter le testicule n'est pas encore perdu.

Enfin je terminerai cette communication en notant que j'ai pratiqué deux fois une opération de cure radicale pour remédier à une hernie inguinale au début avec un testicule ectopié dans le canal inguinal près de l'anneau externe. J'espérais faire en même temps l'orchidopexie. Mais ayant rencontré des testicules tellement petits et atrophiés, sans épididyme, avec un canal déférent imperceptible, j'ai sacrifié ces organes rudimentaires, persuadé que rien ne pourrait leur rendre leur vitalité.

Comme je le disais en commençant, l'orchidopexie peut rendre des services aux testicules ectopiés, mais l'opération ne donne pas toujours des résultats certains ou même encourageants. Dans quelle proportion la réussite pourra-t-elle s'établir ? C'est ce que l'on ne peut encore apprécier.

Des statistiques complètes et nombreuses pourront seules nous éclairer sur ce point. Cependant, d'après les statistiques connues et les faits cités ici devant la Société de chirurgie, je ne crois pas que les cas de vraie réussite dépassent les deux tiers des opérations. Comme l'intervention ne présente aucun danger, on peut toujours la tenter, surtout quand on soupçonne une hernie congénitale concomitante.

L'absence de réussite n'aggrave en rien l'état de l'opéré.

M. Marchand. Dans les cas où j'ai opéré, j'ai éprouvé beaucoup de peine à disséquer la séreuse péritonéale au niveau du cordon où elle est d'une minceur extrême. Après qu'on a sectionné en travers la séreuse, le cordon se dissocie beaucoup plus aisément, et le décollement devient plus facile.

En bas, le péritoine m'a servi à reconstituer la tunique vaginale autour du testicule déposé dans le scrotum où je lui avais creusé une loge à l'aide du doigt.

M. Paul Berger. Je tiens à préciser certains points relatifs à la fixation dans les bourses du testicule en ectopie inguinale : Je ne m'occupe pour le moment que des cas où le testicule est retenu dans le trajet inguinal, qu'il y soit absolument fixé, ou que l'on puisse par des pressions ou des tractions le refouler dans l'abdomen ou le faire sortir par l'anneau inguinal externe.

Il résulte des faits que j'ai été à même d'observer, que lors même que le testicule, en ectopie inguinale, est entouré d'une séreuse vaginale parfaitement close et séparée du péritoine par un cloisonnement, il existe en même temps une non-oblitération des parties les plus élevées du conduit péritonéo-vaginal sous la forme d'un infundibulum péritonéal, pénétrant par l'anneau inguinal profond et se rattachant à la vaginale du testicule par une adhérence fibreuse, très étroite, qui est constituée par la partie oblitérée du conduit péritonéo-vaginal. On s'en convainc aisément en exerçant une traction sur la séreuse qui entoure le testicule après avoir ouvert largement le trajet inguinal ; on constate que le péritoine, cédant à cette traction, s'engage de plus en plus bas dans le trajet, et qu'il se continue directement avec les parois de la vaginale par le sommet de la pointe qu'il forme en pénétrant dans le trajet.

Cette disposition a une double conséquence : pour faire descendre le testicule, il est nécessaire de libérer les connexions qui unissent la séreuse qui l'entoure au péritoine ; de plus, dans tous les cas d'ectopie inguinale du testicule, il est nécessaire de compléter la fixation du testicule dans les bourses en pratiquant une véritable opération de cure radicale sans laquelle on laisserait subsister une pointe ou, tout au moins, une amorce de hernie dans la partie supérieure du trajet inguinal.

La cure radicale méthodiquement faite de cette pointe de hernie n'est pas moins nécessaire pour maintenir le testicule à la place où on l'a fixé, que pour reconstituer une bonne paroi abdominale.

Dans la plupart des hernies inguinales congénitales en effet, et

surtout dans celles qui se compliquent d'ectopie inguinale du testicule, le trajet inguinal affecte la disposition suivante :

Lorsqu'on ouvre, en fendant largement l'aponévrose du grand oblique, sa paroi antérieure, que l'on débarrasse le trajet de son contenu en extirpant le sac herniaire, en isolant le cordon spermatique et en l'attirant hors du trajet inguinal, on voit ce dernier se présenter comme une gouttière oblique s'étendant de haut en bas et de dehors en dedans. La paroi externe et inférieure de cette gouttière est constituée par l'arcade de Fallope à laquelle se rattache l'aponévrose du grand oblique ; cette arcade trouve, du côté du trajet inguinal, son bord supérieur excavé pour recevoir le cordon spermatique ; la lèvre postérieure de ce bord forme un relief très marqué, bien distinct de son bord antérieur ; c'est à cette lèvre que l'on viendra fixer les plans profonds des aponévroses dans la section de la paroi abdominale.

La paroi supérieure et interne de la gouttière inguinale nous présente d'abord la terminaison des faisceaux du muscle petit oblique de l'abdomen dont le bord inférieur, fort épais et descendant plus ou moins bas, recouvre l'anneau inguinal profond. Ces faisceaux se jettent sur une aponévrose d'insertion blanchâtre à laquelle on voit également se fixer d'autres fibres musculaires à direction plus transversale, contenant les derniers faisceaux musculaires du muscle transverse. L'aponévrose en question n'est autre que l'aponévrose d'insertion des muscles petit oblique et transverse réunis, *tendon conjoint* des Anglais ; c'est elle qui va constituer le feuillet postérieur de la gaine du muscle droit de l'abdomen.

Dans les cas qui nous occupent, entre les bords externes et internes, le fond de la gouttière, au lieu de présenter un plan résistant constitué par une lame fibreuse, le *fascia transversalis*, répond directement au tissu cellulaire sous-péritonéal ; c'est avec peine que l'on trouve parfois quelques fibres arciformes limitant le contour de l'anneau inguinal profond ; les fibres font souvent défaut et la place de l'anneau n'est marquée que par les vaisseaux épigastriques qui contournent ses bords inférieur et interne et qui sont très facilement visibles à la place où ils traversent obliquement le champ que laisse découvert l'écartement des bords latéraux de la gouttière inguinale.

Ainsi dans un bon nombre de hernies congénitales et particulièrement dans celles que j'ai eu l'occasion d'observer et qui se compliquaient d'ectopie inguinale du testicule, la paroi postérieure du trajet inguinal, ou du moins son revêtement fibreux manquait, et ce trajet, par sa face profonde, correspondait directement au tissu cellulaire sous-péritonéal. Substituer à cette sorte d'éventra-

tion une paroi abdominale résistante et solide, reconstituer autour du cordon spermatique, tous les plans de la paroi abdominale en rétablissant leur continuité dans toute l'étendue du trajet inguinal, telle est une des conditions les plus essentielles que doit remplir toute opération de cure radicale bien faite, tel est aussi le meilleur moyen de s'opposer à ce que le testicule que l'on a fixé dans le scrotum ne remonte et ne vienne reprendre la place qu'il occupait avant l'opération.

Plusieurs causes s'opposent à ce que le testicule puisse être amené à sa place normale dans les bourses et créent des difficultés à l'opérateur qui cherche à compléter artificiellement la migration du testicule :

1° L'adhérence du testicule à la séreuse péritonéale, que la communication péritonéo-vaginale existe encore ou qu'elle se soit oblitérée. La laxité du tissu cellulaire sous péritonéal permet bien, dans une mesure assez étendue, la locomotion du péritoine, et celui-ci pourrait se laisser attirer assez pour que le testicule pût atteindre le fond du scrotum; mais sitôt que la traction exercée sur le testicule pour le faire descendre se sera relâchée, l'élasticité du péritoine reprenant ses droits attirerait de nouveau le testicule à la place où on avait été le chercher; il est donc nécessaire pour obtenir un résultat durable, d'interrompre absolument les connexions qui rattachent le testicule et la séreuse qui lui correspond, à la grande séreuse péritonéale, et ce but ne peut mieux être atteint que par une opération de cure radicale complète.

2° Les adhérences que présente le cordon spermatique ont été notées par tous les auteurs ; celles-ci m'ont paru constituées par les insertions du crémaster, dont les faisceaux, anormalement peu développés et très courts, quoique très résistants, vont se fixer les uns à l'arcade de Fallope, dans le trajet inguinal, les autres aux parois. Dans une opération toute récente, il m'a fallu sectionner successivement ces deux ordres de faisceaux avant de pouvoir faire descendre le testicule ; aussitôt après avoir effectué cette section, j'ai vu le canal déférent qui était flexueux, se dérouler et le testicule céder aux tractions grâce auxquelles il put être amené et fixé dans le scrotum.

3° Un obstacle analogue est créé par l'insertion vicieuse du *gubernaculum testis*. Celui-ci, dans les cas d'ectopie, peut aisément se reconnaître : il constitue un cordon ou une lamelle fibreuse qui s'insère en des points très variables. Dans un cas d'ectopie génito-crurale du testicule, j'ai trouvé le gubernaculum qui se fixait dans le pli génito-crural, très en arrière, à l'aponévrose qui recouvre la tubérosité de l'ischion. Il est bien entendu que pour pouvoir

amener le testicule dans les bourses, il est nécessaire d'isoler complètement le feuillet séreux qui l'enveloppe et qui, par son union avec les plans anatomiques environnants, s'opposerait à la mobilisation de l'organe.

4° Il faut aussi compter avec les adhérences qui fixent le canal déférent et les vaisseaux spermatiques au péritoine pelvien; probablement aussi dans certains cas avec une brièveté anormale des vaisseaux qui se portent au testicule. Tel était probablement l'obstacle qui, dans une opération que j'ai pratiquée cette année, s'est opposé à ce que je puisse remettre en place un testicule en ectopie abdominale. C'était au cours d'une opération pratiquée pour des accidents aigus dont une épiplocèle était le siège ; la hernie était vaginale-scrotale-congénitale, et, quoique le testicule fût situé en dedans de l'anneau inguinal profond, l'épididyme qui ne se rattachait à lui que par sa tête, se continuait avec un canal déférent qui descendait jusqu'au fond du scrotum pour remonter vers le trajet inguinal et suivre à partir de ce point son trajet normal. C'est un exemple d'une anomalie qui n'est pas très rare, qui a été décrite et figurée avec soin par MM. Monod et Terrillon dans leur livre, et dont j'ai moi-même reproduit un dessin dans mon article sur les hernies du *Traité de chirurgie* de MM. Duplay et Reclus. Dans ce cas, l'obstacle à la descente du testicule ne venait pas du canal déférent, puisque celui-ci avait précédé l'organe mâle dans sa migration; il m'a paru dû à la brièveté des vaisseaux sanguins. Comme le testicule, très haut situé, était atrophique, que l'état du malade était sérieux et que le temps pressait, je pris le parti de pratiquer la castration en même temps que la cure radicale, ce qui me permit de recueillir et d'examiner la pièce. Quoi qu'il en soit, c'est en poursuivant assez loin dans le ventre, l'isolement du péritoine pariétal et le décollement du tissu cellulaire sous-péritonéal, que l'on arrive à allonger peu à peu les éléments du cordon ; sous l'influence de ces manœuvres de libération poussées très haut, on voit le canal déférent s'étendre et permettre la descente du testicule à un degré dont on ne l'aurait pas cru capable.

5° Un dernier obstacle à la fixation et au maintien du testicule dans sa situation normale est dû au développement rudimentaire du côté correspondant du scrotum, qui ne peut même parfois loger la glande séminale, et à la barrière qu'établit sur le trajet que devrait suivre celle-ci dans sa descente, l'appareil élastique de suspension et de cloisonnement des bourses. Il faut alors déchirer cette barrière pour établir un passage au travers duquel on poussera le testicule jusque dans le scrotum, et par l'introduction répétée du doigt, creuser dans celui-ci une cavité capable de recevoir l'organe et de le loger. Mais, souvent quand on cesse de distendre les

bourses, celles-ci se rétractent aussitôt et expulsent le testicule qui, ne trouvant pas dans leur intérieur une place suffisante pour se loger, remonte plus ou moins près de l'anneau inguinal externe.

Ceci étant établi, voici comment j'ai coutume de pratiquer l'orchidopexie. Toute la technique de cette opération repose sur ce principe, que la fixation du testicule n'est qu'un temps complémentaire d'une opération de cure radicale pour une hernie inguinale congénitale. Je procède donc exactement comme pour cette dernière.

Le trajet inguinal étant découvert par une incision partant de l'anneau inguinal externe et remontant obliquement en dehors sur la paroi de l'abdomen, la paroi antérieure de ce trajet est largement ouverte par une incision qui intéresse l'aponévrose d'insertion du grand oblique dans une étendue d'environ 6 centimètres. L'anneau inguinal profond est découvert, en relevant le bord inférieur du muscle petit oblique qui le recouvre, On ouvre alors la séreuse qui entoure le testicule en ectopie inguinale. Si celle-ci communique encore avec la cavité péritonéale, on l'isole circulairement des parties environnantes et surtout des éléments du cordon au-dessus de l'extrémité supérieure du testicule ; on la divise à ce niveau de manière à isoler la partie de la séreuse qui avoisine le testicule et qui formera plus tard la séreuse testiculaire, de la partie supérieure du conduit vagino-péritonéal et du péritoine. Si l'on ne trouve pas de communication entre la séreuse du testicule en ectopie et la séreuse péritonéale, on attire en bas le testicule jusqu'à ce qu'on voie le péritoine pariétal s'engager manifestement dans l'anneau profond en avant des éléments du cordon. On incise alors le péritoine à ce niveau, et après avoir reconnu la disposition de l'infundibulum péritonéo-vaginal, on isole circulairement celui-ci, on le pédiculise, on l'étreint par une double ligature au moyen d'une soie forte au-dessous de laquelle on le sectionne.

Dans un cas comme dans l'autre, on a donc isolé, pédiculisé et lié le péritoine au-dessus de l'origine du conduit péritonéo-vaginal ou de l'infundibulum péritonéal qui le représente. Avant de faire la pédiculisation et de fixer le pédicule par la ligature, il convient de poursuivre le plus haut possible le décollement du péritoine avec le doigt tout autour et au-dessus de l'anneau inguinal profond. C'est en ce faisant qu'on libère le canal déférent et qu'on lui permet de s'allonger et de se prêter à la descente du testicule.

Le pédicule péritonéal étant formé et étreint par la ligature, j'ai coutume, on le sait, de fixer ce pédicule le plus haut possible à la paroi abdominale au moyen de la suture préconisée par Barker. Je reviens alors au cordon que j'isole complètement de haut en bas des parois du trajet inguinal ; pour y arriver, il faut rompre ou

sectionner les adhérences crémastériennes que j'ai signalées tout à l'heure : cette dissection doit se faire de haut en bas, de l'anneau inguinal profond vers l'anneau inguinal superficiel ; on est étonné quand on l'a achevée de constater l'élongation qu'à subie le cordon spermatique. Revenant alors au testicule, on ferme la partie de la vaginale qui l'entoure au moyen d'une suture en bourse ; on isole l'organe et sa séreuse en détachant les tractus fibreux qui l'unissent aux parties environnantes et les restes du gubernaculum si on les trouve. Puis, le cordon étant extrait du trajet inguinal, on procède à la suture du plan profond de celui-ci, réunissant la lèvre interne (postérieure) de l'arcade de Fallope au *tendon conjoint* par quatre à six points de suture entrecoupés à la soie, comme on le fait dans l'opération de la cure radicale. La paroi postérieure du trajet inguinal étant ainsi reconstituée et consolidée, le cordon est replacé sur elle, à la place qu'il doit normalement occuper et l'incision de l'aponévrose du grand oblique est réunie par un certain nombre de points de suture à la soie qui la ferment dans toute sa hauteur et rétrécissent même le plus possible l'anneau inguinal externe.

On rompt et on dissocie alors la lame élastique des ligaments supérieurs du scrotum de manière à pénétrer avec le doigt dans la cavité scrotale que l'on dilate le plus possible ; puis on traverse l'albuginée du testicule avec une anse de soie dont les deux chefs, conduits dans la cavité scrotale, traversent isolément, à 1 centimètre de distance l'un de l'autre, la peau du scrotum. En tirant sur eux, on amène le testicule dans la cavité scrotale et on l'y maintient en tenant très serrés les deux chefs de l'anse qui le fixe sur un petit rouleau de gaze au salol ou de gaze iodoformée. On n'aura plus tard qu'à couper l'un de ces chefs pour retirer l'anse. Mais cette fixation ne serait pas complète si on ne prenait soin par une série de sutures perdues, de fermer tout le trajet artificiel que l'on a créé de l'anneau inguinal externe jusqu'au scrotum, et de condenser en quelque sorte tous les tissus autour du cordon de manière que le testicule ne puisse s'échapper et reprendre, pour remonter vers l'anneau, le chemin qu'on lui a fait parcourir en sens inverse. C'est à la perfection de cette réunion profonde qu'est dû, j'en suis assuré, le maintien permanent du testicule à sa place, bien plus qu'à sa fixation à la peau du scrotum.

Le procédé opératoire varie beaucoup suivant les cas; suivant le siège précis de l'ectopie, le volume du testicule, ses rapports avec l'épididyme, l'adhérence plus ou moins intime des éléments du cordon à la séreuse, suivant les connexions qui unissent également celui-ci à une partie qu'il traverse, enfin selon qu'il existe ou qu'il n'existe pas une hernie inguinale effective en avant du testicule ectopié et même au-dessous de lui. Les cas d'ectopie en

effet se ressemblent rarement et ils ménagent presque toujours de l'imprévu à l'opérateur. Ce que je veux dire, c'est qu'en adoptant le type général d'opération auquel j'ai actuellement recours, on évite la plupart des difficultés qui seraient presque insurmontables si on avait uniquement en vue l'abaissement du testicule en ectopie et si on ne s'occupait pas de l'état de la séreuse au-dessus de lui. Je n'affirmerai pas que le résultat doive toujours être complet, ni se maintenir indéfiniment, ni même que l'orchidopexie soit toujours réalisable — on a vu que dans un cas (et ce n'est pas le seul de ma pratique) j'ai été forcé de pratiquer l'ablation du testicule. Mais je suis convaincu que le vrai moyen de simplifier l'opération et en même temps d'arriver au meilleur résultat possible, est de traiter l'ectopie testiculaire comme on traiterait une hernie congénitale avec ectopie, même dans les cas où la hernie n'est pas manifeste ; de s'adresser d'abord à la hernie, c'est-à-dire à l'infundibulum péritonéo-vaginal et d'en pratiquer l'excision comme on la pratique dans tous les cas de hernie inguinale congénitale ; l'abaissement du testicule et sa fixation dans le scrotum se font ensuite avec d'autant plus de facilité et d'une manière plus complète et plus sûre. Je me résume donc en disant que l'ectopie inguinale du testicule doit toujours être considérée comme une hernie et traitée comme telle, et que l'orchidopexie n'est que le complément d'une opération de cure radicale qui doit toujours la précéder.

M. Lucas-Championnière. Je partage la manière de voir de M. Berger sur la persistance du canal vagino-péritonéal dans les cas d'ectopie testiculaire ; j'ai vu un seul cas de cette nature où le canal vagino-péritonéal ne fût pas perméable.

J'en conclus qu'il est nécessaire de se conduire comme si l'on avait affaire à une hernie congénitale. Quant au manuel opératoire, si l'on ouvre la partie supérieure du trajet vaginal, en sectionnant l'aponévrose du grand oblique, on rencontre moins de difficultés. Si, au contraire on se maintient à la partie inférieure du trajet, on a affaire à des trouseaux fibreux, qu'il n'est pas facile de dissocier. Ce qui retient le testicule en haut n'est pas facile à préciser. Toujours est-il qu'il existe là un tissu très dur, très difficile à disséquer et qu'il est absolument nécessaire de sectionner, si l'on veut obtenir la descente complète du testicule. Dans certains cas, l'impossibilité de cette dissection rend la castration nécessaire. Cinq fois, j'ai dû recourir à la castration après une dissection qui avait duré souvent plus d'une heure. Dans un cas, après une dissection prolongée, je réussis à abaisser le testicule, mais celui-ci avait été tellement isolé de ses vaisseaux qu'il se nécrosa. Je le répète, c'est cette dissection complète des éléments du cordon qui

est l'important dans cette opération, bien plus que la fixation du testicule au fond des bourses.

M. Félizet. M. Berger a signalé avec raison l'existence d'un infundibulum péritonéal, accompagnant, à peu près constamment, la testicule ectopié dans le trajet inguinal.

Il a signalé la difficulté de la dissection et les précautions qu'il convient de prendre pour empêcher une hernie de se produire consécutivement.

Je pense qu'il faut, à ce point de vue, distinguer les ectopies chez l'adulte et l'ectopie chez les enfants. Chez les enfants, le péritoine glisse avec une extrême facilité, les adhérences au collet sont à peu près nulles et les tractus fibreux de l'organe sont peu résistants.

Pour la migration de testicule, j'utilise chez les enfants précisément ce que mes collègues semblent craindre et je recherche comme facteur de la migration la production d'une hernie. Cette hernie, je l'opère, quand elle est constituée, et qu'elle m'a rendu le service de descendre le testicule dans le scrotum.

J'ai actuellement trois jeunes enfants, atteints d'ectopie, que j'observe et que je prépare, avec des exercices forcés et toutes les imprudences, généralement interdites, auxquelles j'ajoute un massage et une dilatation du trajet avec le doigt. Je vois les testicules se détacher et descendre progressivement.

Il y a douze mois, j'ai opéré, après dix-huit mois de préparations de cette espèce, un jeune garçon atteint d'ectopie interstitielle. L'opération radicale, avec suture du trajet au fil d'or, me laissa un orifice fermé et un testicule gauche sensiblement à sa place.

En résumé, en dehors des cas où la castration est indiquée, en dehors des cas de testicules ectopiés douloureux et donnant lieu à des accidents, je considère que, dans certain nombre de circonstances, la production d'une hernie peut exercer une action bienfaisante et curatoire sur l'ectopie testiculaire.

Cette hernie nécessite une opération radicale qui se fait dans des conditions de sécurité, de clarté et de facilité qu'on ne trouve pas toujours en faisant avec une ectopie haute, la ligature de l'infundibulum péritonéal et la suture du trajet.

M. Tuffier. J'ai pratiqué depuis 1888, époque à laquelle j'ai montré à la Société de chirurgie une première orchidopexie, vingt-deux opérations sur dix-sept malades. Les résultats *éloignés* ont été consignés dans les thèses de Duchesne (1890) et de Le Joly Senoville (1891). La valeur de ces résultats doit être examinée : 1° au point de vue de la disparition des accidents qui avaient

motivé l'intervention, 2° au point de vue de la situation définitivement acquise par le testicule.

Les accidents qui nous conduisent à l'intervention sont : *les douleurs*, la menace *d'atrophie* de l'organe, enfin la preuve d'une complication comme *une hernie congénitale.* Tous mes malades ont été débarrassés des accidents douloureux. J'ai eu un seul cas d'atrophie testiculaire, je n'ai donc eu qu'à me louer de mes tentatives opératoires.

Dans les cas où une hernie accompagne l'ectopie testiculaire, la conduite à tenir me paraît simple chez tous les enfants, chez les adultes au dessous de 30 ans, et dans les cas où le testicule paraît bien développé; on doit pratiquer la cure radicale avec réfection d'une vaginale, descente et fixation du testicule. La castration n'est indiquée que chez les adultes dont le testicule est atrophique. Je n'ai castré qu'un seul malade à l'hôpital Beaujon en 1891, il s'agissait d'un homme de 40 ans atteint de hernie avec ectopie et atrophie du testicule. Ces indications sont basées sur les notions du développement possible d'un testicule ectopié jusqu'à l'âge de 40 ans.

Deux autres complications peu connues m'ont frappé chez mes petits malades, c'est la coïncidence fréquente d'un *phimosis* et les signes de *dégénérescence* que j'ai fréquemment rencontrés. La présence d'un phimosis s'explique facilement, c'est une malformation qui frappe le pénis, et qui est justiciable des moyens habituels, au contraire les signes de dégénérescence prètent à discussion, et on pourrait se demander s'il n'y a pas une relation de cause à effet entre l'ectopie testiculaire et l'état général du sujet. La conséquence serait grave, car on pourrait prétendre guérir ces dégénérés en facilitant le développement de leurs glandes séminales. Il n'en est rien. Chez tous mes malades, la dégénérescence a persisté malgré le développement du testicule, ce qui me fait croire qu'il y a bien là indépendance des deux états ou plutôt malformation congénitale portant sur le *système nerveux* comme sur l'appareil sexuel.

Au point de vue opératoire, on peut se rallier aux conclusions de M. Championnière. Il faut tenter l'abaissement par le massage, il faut dans l'opération sanglante libérer toutes les adhérences. J'ajouterai qu'un certain nombre d'ectopies tiennent à une *aberration du gubernaculum testis.* J'ai eu l'occasion d'opérer au Dispensaire de la rue Oudinot, un malade porteur d'une ectopie inguinale. Je trouvai partant de la queue de l'épididyme un faisceau du gubernaculum qui allait s'insérer en plein périnée, je sectionnai l'insertion périnéale, je la fixai au fond du scrotum, le résultat fut très bon.

La *suture de la queue de l'épididyme* au fond du scrotum n'a d'autre but que d'empêcher le testicule descendu d'aller prendre des adhérences en un point quelconque des bourses, au niveau de l'anneau inguinal, comme je l'ai vu dans un cas de cure radicale de hernie vulgaire. Quant à la *traction élastique* au moyen d'un fil de caoutchouc allant du scrotum au genou, je l'ai employée plusieurs fois (Th. de Senoville), mais j'ai eu un accident d'atrophie testiculaire que j'attribue à cette traction. Depuis ce temps, j'y ai renoncé.

La *situation définitive* du testicule est variable et on ne peut la faire prévoir avant l'opération. Le plus beau succès que j'aie obtenu à trait à un malade qui était atteint d'ectopie abdominale. Il a maintenant un testicule normal *au fond des bourses*. Le plus souvent la glande reste à mi-chemin entre l'anneau inguinal et le fond du scrotum.

M. Routier. M. Félizet a parlé du rôle bienfaisant de la hernie dans l'évolution du testicule ectopié. Voici un cas qui n'est pas favorable à cette opinion : Chez un jeune homme souffrant d'une ectopie inguinale gauche avec des crises excessivement douloureuses, je suis intervenu, et j'ai rencontré le testicule dans l'épaisseur de la paroi abdominale ; le conduit vagino-péritonéal se prolongeait jusqu'au fond des bourses, mais le cordon n'y descendait pas. Ce malade n'avait jamais porté de bandage ; bien plus, il est probable qu'il y avait à certains moments une pointe de hernie, puisqu'au moment des crises douloureuses il se produisait un certain gonflement, cependant le testicule n'avait aucune tendance à descendre, il fut même impossible de l'abaisser et l'on dut en venir à la castration.

Rapport.

Sur deux observations adressées à la Société de chirurgie, par M. le Dr Denucé (de Bordeaux).

Rapport par M. E. Kirmisson.

Messieurs, je viens vous rendre compte de deux observations qui nous ont été adressées, à la fin de 1891, par M. le Dr Denucé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

1° *Arthrite tuberculeuse du coude; résection trochléiforme, guérison.*

La première observation de M. Denucé a trait à une petite fille de 10 ans, présentant une arthrite tuberculeuse du coude gauche,

avec abcès. Le 25 juin 1890, la résection du coude fut entreprise. La tête radiale fut trouvée presque entièrement détruite; les articulations huméro-radiale et radio-cubitale supérieure étaient totalement envahies par les fongosités. L'articulation huméro-cubitale était relativement intacte; seuls, le sommet de l'olécrâne et celui de l'apophyse coronoïde étaient altérés. Dans ces conditions, M. Denucé se proposa de conserver à l'articulation sa disposition trochléiforme; il se contenta de réséquer l'extrémité des apophyses coronoïde et olécrânienne malades et respecta la grande cavité sigmoïde; avec la scie à chantourner, il sectionna l'humérus au-dessus de l'épitrochlée et de l'épicondyle, en lui donnant une forme arrondie d'arrière en avant; puis, il creusa sur la partie postérieure de l'humérus, une gouttière destinée à recevoir l'apophyse olécrânienne.

L'abcès existant à la partie antérieure de l'articulation fut ouvert et gratté avec la curette, puis drainé, après attouchement de ses parois avec une solution de chlorure de zinc à 1/10. Le coude fut immobilisé par une gouttière en carton.

Le traitement consécutif fut très irrégulier; car, dès le troisième jour après l'opération, la mère retirait son enfant de l'hôpital. Cependant, au bout de 3 mois, le 23 septembre, la guérison était complète. Les mouvements de flexion et d'extension étaient conservés, presque aussi étendus qu'à l'état normal. Les mouvements de pronation et de supination étaient faciles. La palpation du coude n'était nullement douloureuse. A chacune des extrémités du diamètre transverse de l'humérus, on sentait une saillie osseuse reproduisant les tubérosités de l'épitrochlée et de l'épicodyle. En un mot, le résultat était satisfaisant.

2° Luxation congénitale de la hanche gauche. Opération de Hoffa; guérison.

Dans cette seconde observation, il s'agit d'une petite fille de 5 ans, qui vint, le 5 septembre 1891, consulter M. Denucé. L'enfant a commencé à marcher vers 14 mois; et, dès le début, elle a paru boiter légèrement. Depuis lors, la claudication a augmenté peu à peu. Elle présente la démarche caractéristique de la luxation congénitale de la hanche. Le raccourcissement total du membre inférieur gauche mesure 5 centimètres et demi, dont 3 sont attribuables à l'ascension du fémur; en effet, le grand trochanter est à 3 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton; les 2 centimètres et demi restants portent à la fois sur la jambe et sur la cuisse; pour la jambe, le raccourcissement mesure 1 centimètre, et pour la cuisse, 1 centimètre et demi. En rapport avec ce raccourcisse-

ment, on note l'existence d'une scoliose lombaire primitive à convexité gauche, avec courbure de compensation en sens inverse à la région dorsale. L'affection, au dire des parents, ayant une tendance incessante à s'aggraver, M. Denucé se décida à pratiquer l'opération de Hoffa.

Celle-ci fut entreprise le 9 septembre 1891, et exécutée de la façon suivante : Une incision de 7 centimètres fut faite parallèlement à l'axe du grand trochanter, et remontant à 3 centimètres au-dessus de lui. Les muscles divisés dans le sens des fibres du grand fessier laissent voir la capsule épaissie. Elle est incisée d'un bout à l'autre dans le sens de sa longueur. La tête fémorale se montre alors, aplatie d'arrière en avant, un peu allongée de haut en bas. Le ligament rond manque totalement, de même, le col fait absolument défaut, et la tête semble appliquée directement sur la diaphyse fémorale. Si on exerce des tractions sur le pied, on parvient à faire descendre un peu la tête, mais pas suffisamment pour la mettre en contact avec la cavité cotyloïde. Les tractions amènent une tension notable du grand et du moyen fessier dont les tendons d'insertion forment une corde rigide sensible au doigt. Les muscles antérieurs, le pyramidal, l'obturateur interne et les jumeaux sont rétractés. Avec un fort bistouri boutonné, M. Denucé détache du grand trochanter une lamelle cartilagineuse aussi mince que possible comprenant toutes les insertions tendineuses trochantériennes. Ceci fait, la traction permet d'abaisser beaucoup mieux la tête du fémur.

La cavité cotyloïde est petite, de forme triangulaire, elle admet facilement l'extrémité de l'index. Ayant fait écarter les parties molles, le chirurgien se servant d'un bistouri étroit guidé sur le bout de son index, incise jusqu'à l'os, en avant, en bas et en arrière, suivant le rebord de la cavité cotyloïde, le tissu cellulo-fibreux qui tapisse celle-ci, puis il le détache avec une érigne et un détache-périoste courbe sur le plat. Le décollement de ce lambeau constitue, pour M. Denucé, le temps le plus pénible et le plus délicat de l'opération. La cavité cotyloïde ainsi mise à nu est encore trop étroite pour recevoir la tête du fémur. Aussi le chirurgien doit-il évider la demi-circonférence inférieure de cette cavité avec la gouge fenêtrée ; il la creuse également pour augmenter sa profondeur. Puis le lambeau périostique étant soulevé, la tête est abaissée au moyen de tractions exercées sur la jambe et vient reprendre sa place dans la cavité. Quelques mouvements imprimés avec précaution au membre inférieur montrent que l'articulation joue avec facilité ; les parties molles ne sont pas tendues.

J'emprunte à M. Denucé lui-même le reste de la description : « Rabattant alors, dit-il, sur la tête le lambeau, je fixe sur celui-

ci, avec quelques points de catgut les deux lambeaux cartilagineux portant les insertions musculaires, et je relie le tout à la capsule, formant ainsi au-dessus de la tête une sorte de pont qui lui prête un large point d'appui. J'achève de suturer la capsule au catgut, en ne laissant qu'un petit orifice pour un drain filiforme. La peau est suturée au crin de Florence ; pansement à la gaze iodoformée ; un large bandage plâtré en T embrassant le bassin par sa branche horizontale et se moulant autour du membre inférieur jusqu'au milieu du mollet maintient la cuisse en abduction. Des bandelettes de diachylon appliquées en étrier sur la jambe donnent un point d'appui à une cordelette qui, après s'être réfléchie sur une poulie, soutient un poids de 2 kil. 500 grammes. La contre-extension est obtenue en élevant les pieds antérieurs du lit. »

Les suites opératoires furent simples. Le soir, la température atteignait 38° ; le lendemain soir, 39°. Mais immédiatement elle s'abaissa, et le pansement fut laissé en place jusqu'au 2 octobre. A ce moment la plaie était cicatrisée, sauf le trajet du drain.

Les mouvements se font librement ; le grand trochanter affleure juste la ligne de Nélaton. Le raccourcissement égale 2 cent 1/2, c'est-à-dire juste la différence de longueur réelle entre les deux membres.

La traction est continuée à l'aide d'un poids de 2 kilogrammes, et l'on fait chaque jour des massages et des mouvements passifs de plus en plus étendus.

A partir du 16 octobre, l'enfant exécute elle-même des mouvements actifs qui augmentent peu à peu d'étendue.

Le 30 octobre, l'enfant est mise debout. Elle s'appuie sans difficulté, ni douleur sur le membre opéré ; à partir de ce moment, elle commence à marcher à l'aide de béquilles. Lo 10 novembre, elle quitte l'hôpital.

Ce qu'il y a d'intéressant dans le fait qui nous est communiqué par M. Denucé, c'est que la petite malade a pu être suivie. Dans une lettre que notre collègue nous a adressée à la date du 26 novembre dernier, il nous dit qu'il a revu l'enfant au commencement de septembre 1892, c'est-à-dire un an après l'opération. A cette époque, le fait le plus frappant était la disparition absolue de la lordose. Il persistait un certain degré de scoliose. La mensuration comparative des deux membres inférieurs donnait une différence d'un peu moins de 3 centimètres ; celle des différents segments du membre inférieur donnait après l'addition une différence d'à peu près 1 centimètre 1/2 au détriment du membre opéré. M. Denucé attribue ce raccourcissement à la disparition du col constatée pendant l'opération.

Messieurs, je vous propose, en terminant, de déposer dans nos Archives les deux observations dont je viens de vous rendre compte, et d'adresser nos remerciments à M. Denucé, en inscrivant son nom dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Les conclusions du rapport de M. Kirmisson sont mises aux voix et adoptées.

Comité secret.

La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports des commissions de prix.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
E. KIRMISSON.

Séance du 11 janvier 1893.

Présidence de M. CHAUVEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Note sur deux cas d'intoxication par le naphtol camphré*, par M. MÉNARD, de Berck-sur-Mer, M. Kirmisson, rapporteur ;

3° Lettre de convocation au Congrès international de médecine qui se tiendra à Rome du 24 septembre au 1er octobre 1893 ;

4° Lettre du ministre de l'Instruction publique annonçant l'ouverture du Congrès des Sociétés savantes, qui se tiendra à la Sorbonne du 4 au 8 avril 1893.

A propos du procès-verbal.

M. Marc Sée. — L'année dernière j'ai eu l'occasion d'opérer une ectopie testiculaire compliquée de la présence d'une hernie ; malgré une dissection prolongée, je n'ai pu réussir à abaisser le testicule, et j'ai dû pratiquer la castration. L'obstacle à la descente du testicule m'a paru tenir au raccourcissement du cordon.

Opération de Hoffa.

M. Quénu. J'ai pratiqué l'opération de Hoffa chez un enfant de 5 ans atteint d'une double luxation congénitale de la hanche.

La première opération sur la hanche droite fut pratiquée au mois de juin 1891 au dispensaire de Levallois, avec l'assistance de mon ami et collègue Nélaton. Je fis l'incision de Langenbeck, découvris le grand trochanter et détachai successivement toutes les insertions des muscles pelvi-trochantériens, ainsi que celle du psoasiliaque. Malgré l'étendue de la libération et du décollement du périoste, nous ne pûmes jamais arriver à faire descendre la tête fémorale presque dans la cavité cotyloïde, celle-ci était triangulaire nous l'avions élargie en décollant les tissus à la rugine. Nous fûmes frappés, Nélaton et moi, de deux choses : d'une part de l'exagération de l'angle obtus formé par le col fémoral avec la diaphyse, d'autre part, de l'allongement de la tête. Nous dûmes réséquer cette dernière ; la traction continue fut pratiquée pendant six semaines et l'enfant commença à marcher avec des béquilles environ deux mois et demi après l'intervention.

La deuxième opération fut pratiquée au mois de novembre 1891. Ayant cru constater que les adducteurs mettaient un obstacle à la descente du fémur, je commençai par faire une incision parallèle à la branche ischio-pubienne, et je sectionnai toutes les insertions musculaires en rasant l'os, j'ajoutai également à la dénudation trochantérienne, la section du fascia lata ; or malgré tout, et tout en notant une descente plus marquée que du côté opposé, nous ne pûmes réintégrer la tête dans sa cavité préalablement agrandie et nous dûmes également terminer par l'opération de Margary. La même disposition anatomique fut constatée du côté de la tête et du col du fémur, il n'est pas douteux que cette disposition contribue aux difficultés de la réduction. En somme, malgré nos efforts, le soin avec lequel nous avons suivi la technique d'Hoffa dont nous avions médité toutes les observations, l'étendue des délabrements, nous n'avons pu obtenir la réduction. Notre malade

a retiré quelques bénéfices de sa double décapitation fémorale, surtout au point de vue de l'ensellure lombaire qui était extraordinairement marquée et rapetissait beaucoup sa taille.

Communication.

Abcès du cerveau accompagnant une otite suppurée. Trépanation. Recherche de l'abcès avec l'aspirateur. Ouverture de l'abcès. Guérison,

Par le Dr Terrillon.

Un homme âgé de 40 ans, fort et vigoureux, était atteint depuis l'âge de 28 ans d'une otite purulente qui paraît avoir succédé à une grippe assez intense. Cette lésion existait du côté droit et présentait les caractères suivants : un léger écoulement puriforme et odorant avait lieu par l'oreille, d'une façon intermittente ; il cessait pendant plusieurs jours pour reparaître ensuite et durer quelques semaines. Le traitement était simple : chaque jour le malade faisait un lavage avec de l'eau boriquée ; cette pratique avait toujours pour effet de provoquer une violente douleur dans la région auriculaire. L'ouïe était presque complètement abolie de ce côté ; le diapason appliqué sur le crâne était entendu avec difficulté.

Ce malade était atteint de cette affection lorsque, pendant un séjour assez long à Paris, il subit les traitements les plus variés. Un spécialiste enleva en 1890 plusieurs polypes de l'oreille moyenne.

A la suite de cette intervention, nous pouvons noter une légère amélioration, les injections étaient devenues moins douloureuses.

Jamais on ne vit se produire aucun symptôme du côté de l'apophyse mastoïde. Cet homme vivait ainsi sans autre accident et sans se préoccuper de cette lésion qui l'incommodait modérément, lorsque au début de l'année 1891, commencèrent à se montrer quelques symptômes nouveaux. Le malade éprouvait dans le côté droit de la tête un sentiment de pesanteur passager, mais se renouvelant surtout dans la soirée; souvent l ressentait un sentiment de vertige, de tournoiement particulier qui bientôt l'inquiétèrent. Il n'y avait alors aucune douleur appréciable dans la région temporale droite.

Le 5 mai, les accidents augmentent alors brusquement et se manifestent par une douleur violente dans la région de la tempe droite. Cependant la pression exercée à ce niveau ne paraît pas exagérer cette douleur. En même temps il éprouve des frissons et quelques vomissements. La température monte à 39°,5. Le 6 mai, quand je vis le malade pour la première fois, nous pouvions constater qu'il se plaignait d'une douleur vive et fixe au niveau de la fosse temporale et au-dessus de l'arcade zygomatique.

Des compresses émollientes sont appliquées sur celle région et

j'ordonne de faire des lavages dans l'oreille avec de l'eau boriquée.

Pendant quatre jours, le calme semble se rétablir, la douleur est moins vive, lorsque, le 10 mai, elle redouble d'intensité et gagne la région occipitale. Alors se déclare une fièvre violente, 39°,5; des vomissements surviennent, ainsi qu'une tendance à la syncope et presque du coma.

En présence de ces symptômes qui persistent sans changement pendant deux jours, je me décidai à pratiquer une trépanation exploratrice au niveau de la région où existait le maximum de douleur. En effet, il s'agissait presque certainement d'un abcès cérébral succédant à l'otite suppurée que le malade avait depuis si longtemps.

Le 12 mai, une couronne de trépan est appliquée à trois centimètres au-dessus et en avant du conduit auditif dans la partie auditive de la fosse temporale.

La dure-mère est mise à nu, mais elle paraît saine, il n'y a donc pas de méningite par propagation de la lésion du rocher.

Après avoir incisé la dure-mère en croix et relevé les lambeaux, je remarque que la substance cérébrale qui semble saine est soulevée et fait hernie dans la plaie. Cette disposition m'engage à pratiquer à ce niveau une ponction exploratrice avec la petite aiguille de l'appareil Potain. Cette ponction est faite au centre de l'ouverture; je pénètre à quatre ou à cinq centimètres en faisant le vide successivement sans rien obtenir. Il était inutile d'insister.

L'aiguille est retirée; elle contenait une parcelle de matière cérébrale. Enfonçant alors l'aiguille en arrière de la plaie et un peu obliquement, je pénètre à deux ou trois centimètres; je retire environ vingt ou trente grammes de pus crémeux, filant, caractéristique des abcès du cerveau.

En présence de cette constatation, il était indiqué d'ouvrir largement cet abcès et de le drainer après avoir nettoyé la cavité. Mais j'avais ponctionné très près du rebord osseux de l'orifice du trépan; j'étais donc gêné pour ouvrir largement la poche purulente.

Une seconde couronne fût appliquée en arrière de la première. J'avais eu soin de laisser l'aiguille en place et de la faire maintenir par un aide.

La seconde couronne est enlevée, et l'ouverture du crâne me semblant suffisante, je pratique avec le bistouri une ouverture de l'abcès sur une étendue de trois centimètres en me servant de l'aiguille comme d'un guide. La cavité contenait encore du pus qui fut enlevé avec des tampons d'ouate.

Mon petit doigt étant introduit dans la cavité, il fut facile de l'explorer; elle avait l'étendue d'un gros marron; ses parois étaient lisses et molles.

Après l'avoir nettoyée avec soin, je la remplis avec une mèche de gaze iodoformée introduite sans pression.

Deux points de suture suffirent pour réunir les lambeaux cutanés.

Pendant les deux jours suivants, la température était tombée à 37°, mais le malade continuait à avoir du vertige et un état demi-comateux. Il refusait tout aliment et ne buvait qu'en petite quantité. Nous dûmes le soutenir avec des lavements alimentaires, et nous étions fort inquiets sur le résultat définif. Cependant les jours suivants l'état s'améliora assez pour nous permettre d'espérer une guérison certaine. Après cinq jours la mèche de gaze fut changée, la cavité se présentait tout à fait normale et en parfait état.

Enfin tous les accidents disparurent et quinze jours après l'opération, notre malade était en pleine convalescence.

Mais celle-ci fut très longue. Cette affection qui avait été de courte durée avait déprimé cet homme d'une façon extraordinaire.

Je crois que cette remarque a déjà été faite par d'autres chirurgiens. La plaie extérieure se combla rapidement; aussi le 15 juin 1891, le malade était guéri complètement.

Vingt jours après l'opération, il eut une attaque de convulsions qui dura dix heures, mais ne se renouvela jamais depuis cette époque.

Il n'a eu depuis ni douleurs de tête, ni phénomènes cérébraux d'aucune sorte. Son oreille donne encore de temps à autre quelques gouttes de pus, car malgré les soins spéciaux auxquels elle a été soumise, elle est toujours malade.

Cette observation m'a semblé intéressante à plusieurs points de vue.

La première particularité importante est l'acuité et la rapidité des accidents. Cette fièvre intense assez semblable à celle de la pyohémie se développant brusquement et précédée d'un frisson indiquait la formation rapide du pus.

Une seconde remarque concerne le siège de l'abcès. Ordinairement quand le rocher est malade depuis longtemps par le fait d'une otite suppurée de longue durée, on trouve après la trépanation le foyer purulent entre l'os et la dure-mère; il s'agit d'une véritable périostite suppurée dans l'intérieur du crâne.

Ici, au contraire, la dure-mère était intacte, au niveau de la trépanation, et l'abcès, au contraire, siégeait dans l'épaisseur du cerveau à une distance de deux centimètres au moins. Il semblait donc indépendant de la lésion de l'oreille et nous n'étions pas en présence d'un abcès par propagation. La raison qui milite le plus en faveur de l'isolement de cette cavité purulente est la facilité avec laquelle elle s'est comblée sans laisser de fistule. Si l'os avait été malade à son niveau, la réparation eût été plus lente.

Ces abcès isolés dans la substance cérébrale ne sont pas très rares, et on en connaît actuellement de nombreux exemples qui ont été découverts à l'autopsie ou ouverts par la trépanation.

Chez mon malade, l'abcès siégeait certainement dans la partie

postérieure ou moyenne de la première circonvolution temporale, ce qui explique l'absence de symptômes du côté de la motilité.

Pour traiter chirurgicalement ces abcès, la première condition est de les rencontrer au moment de l'exploration. La douleur localisée et nettement limitée en une région déterminée est le meilleur guide quand elle existe. Dans mon observation, aucun doute n'était possible ; on constatait une localisation douloureuse absolument caractéristique et qui correspondait exactement au siège de l'abcès; c'est là qu'il fallait trépaner.

Dans les cas, au contraire, où les phénomènes vagues, où la douleur est étendue à tout un côté du crâne et où aucune localisation cérébrale ne se présente, la difficulté devient plus grande.

Les explorations doivent être alors plus étendues ou plus multipliées. Dans ces conditions, on a été quelquefois assez heureux pour rencontrer l'abcès, le drainer et le guérir.

Je conclus donc, et en cela d'accord avec tous les chirurgiens modernes, que si on soupçonne la présence d'un abcès cérébral, on a le devoir d'aller à la recherche de cet abcès, en tenant compte de tous les signes de localisation qu'on peut trouver

Dans les cas d'insuccès par une première tentative, il est nécessaire de prolonger les explorations et de les multiplier au besoin.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. — L'observation de M. Terrillon présente un vif intérêt; on y retrouve plusieurs particularités qui sont habituelles dans les cas semblables. De ce nombre est la longue durée de l'évolution des accidents ; je suis depuis plusieurs mois un malade qui, d'après les symptômes, me paraît menacé de ce côté; souvent on observe des alternatives d'améliorations et d'aggravations. La lenteur de la convalescence est aussi un fait digne de remarque. Enfin il est parfois très difficile de préciser le point où siège la suppuration. C'est ainsi que, dans le fait de M. Terrillon, il n'y avait pas de phénomènes de localisation ; aussi faut-il faire, comme il l'a pratiqué dans son cas particulier, de larges ouvertures.

Présentation de malades.

M. Delorme. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un homme qui, pour une gangrène, a subi, par le Dr Dardignac, l'amputation de tous les doigts de la main gauche et des quatre derniers doigts de la main droite.

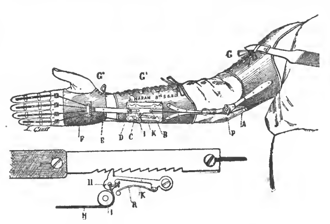
Muni des appareils de prothèse ordinaires, ouvriers, qui consistent en une gaine de cuir antibrachiale à laquelle est fixée une attelle plate qui se prolonge sur la paume de la main et qui présente, au niveau de cette paume, un trou dans lequel on engage les gros objets à saisir, cet homme avait besoin d'une assistance constante des plus pénibles pour satisfaire à tous ses besoins journaliers.

Touché de cette triste situation, je demandai à M. Haran de lui confectionner une main artificielle dans laquelle les doigts seraient *activement* mobiles aussi bien dans le sens de la flexion que dans celui de l'extension et *d'utiliser, pour l'extension active des doigts, l'extension active et étendue de la main réduite à sa portion métacarpienne.*

Je donnai à ce constructeur non seulement ce principe nouveau, mais un modèle. S'inspirant d'idées personnelles, M. Haran a mis en pratique le principe indiqué en construisant l'appareil fort ingénieux que je vais décrire et qui constitue un progrès dans la prothèse de la main.

L'appareil se compose : 1° D'une gaine brachiale de cuir, G, lacée en avant, et coiffant le moignon de l'épaule;

2° D'une gaine antibrachiale qui embrasse la moitié inférieure de l'avant-bras, G'. Ces deux gaines sont réunies par deux attelles latérales



métalliques articulées au niveau du coude. Une articulation ordinaire permet les mouvements de flexion et d'extension, et une articulation en noix, les mouvements de pronation et de supination

3° La main est entourée d'une gaine de cuir souple G", lacée en dehors, largement échancrée de façon à laisser libre le pouce et toute l'éminence thénar.

A cette gaine de cuir, au niveau des métacarpiens est fixée une cara-

pace de cuivre nickelé, à laquelle font suite quatre doigts articulés.
Des ressorts de force graduée maintiennent normalement les doigts en extension.

La caractéristique de cet appareil, c'est qu'il permet aux quatre derniers doigts d'exécuter, à la volonté du blessé, les mouvements de flexion et d'extension des doigts, sans le secours de la main opposée. Ce résultat est obtenu par les mécanismes suivants :

Une ceinture de tissu non élastique, prenant point d'appui en avant sur la portion de la gaine de cuir qui recouvre le moignon de l'épaule, après avoir entouré la poitrine, se termine en arrière près de ce moignon par un lacet de cuir. Ce lacet se réfléchit sur une poulie correspondant à la partie postérieure de la gaine brachiale, glisse librement contre la partie interne de cette gaine, se réfléchit sur une deuxième poulie au niveau du coude et enfin se termine à la partie interne de la gaine antibrachiale sur un pontet B. Ce pontet est fixé à l'extrémité d'une lame métallique de 0m10 de longueur, large de 0m01, dentée sur un de ses bords, et glissant à frottement doux dans une gaine métallique qui l'embrasse étroitement. La partie inférieure de cette lame qui s'arrête près du poignet présente un pontet D sur lequel vient se fixer une lanière de cuir plus large qu'épaisse, d'un travers de doigt de large, sorte de tendon commun d'où partent au niveau du poignet quatre lacets de cuir qui représentent les tendons fléchisseurs des doigts F,. Ces derniers se dirigent vers chacun des doigts. Ils se réfléchissent sous de petites poulies placées au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, puis s'engagent dans une gouttière creusée aux dépens de la face palmaire de chacun des doigts ; ils glissent ensuite sous une nouvelle poulie au niveau de la partie moyenne des deuxièmes phalanges pour s'arrêter enfin dans la partie moyenne de la première phalange. Pour empêcher que la masse commune de ces tendons ne se dévie de sa direction, l'appareil présente vers la base de la main un anneau aplati dont l'ouverture a environ un centimètre et demi de large.

Mécanisme de flexion des doigts. — Lorsque le blessé veut fléchir ses doigts pour saisir un objet, il porte naturellement le membre supérieur, en totalité, en abduction. L'éloignement de ce membre amène la traction du lac qui, de la poitrine glisse sur le bras, l'avant-bras, et s'insère sur le pontet de la lame métallique, à laquelle font suite les tendons fléchisseurs. Cette lame et ces tendons sont attirés en haut et la main se réfléchit au degré désiré par le blessé ; l'objet est saisi.

Mécanisme d'extension des doigts. — Lorsque le blessé veut étendre ses doigts pour déposer l'objet saisi, il met en action le mécanisme suivant, fort ingénieux, et qui constitue la partie réellement nouvelle et très originale de l'appareil.

Une lanière de cuir, H, adhérente à la partie la plus interne de l'an-

neau métallique de la paume de la main va se réfléchir sur une poulie de renvoi I, placée à quelque distance de la gaine métallique antibrachiale. Après réflexion, cette lanière se fixe, en H, sur la branche inférieure d'une petite tige en T, K, qui représente un appareil de clanchement et de déclanchement. L'autre branche triangulaire de cette tige vient s'engager dans les dents de cette lame métallique antibrachiale. Cette tige en T, longue de $0^{m}04$, parallèle à la lame antibrachiale est propulsée par un ressort R de telle façon que sa dent soit engagée dans une dent correspondante de la lame de l'avant-bras.

Lorsque le blessé veut étendre les doigts, il imprime à la main un mouvement d'extension. La lanière de cuir fixée dans la paume se tend, et par sa traction, déclanche la branche en T. La lame métallique antibrachiale et les tendons fléchisseurs qui lui font suite deviennent alors libres, les doigts obéissent à la traction de leurs ressorts extenseurs et se placent en extension.

Les avantages de cet appareil ont été des plus précieux pour cet opéré ; avant qu'il en soit muni, il lui fallait réclamer l'assistance d'un aide dévoué pour satisfaire à ses nécessités les plus intimes. Il ne pouvait ni abaisser, ni remonter sa culotte, etc., ni couper sa viande, ni porter à sa bouche une fourchette, une cuiller, un verre, saisir un menu objet.

Depuis, et malgré un exercice d'à peine un mois, il se passe d'aide et des exercices journaliers augmentent sa dextérité. La force de flexion de ses doigts, bien que notablement éprouvée à la pression de la main, n'a pu être évaluée au dynamomètre, celui-ci glissant sur les doigts de bois.

Présentation de pièces.

Grossesse extra-utérine tubaire. Extirpation.

M. Quénu. Je présente ces pièces qui ont été enlevées sur une jeune femme de 25 ans opérée depuis quelques jours et en voie de guérison : nous avions fait le diagnostic de salpingite, rien n'avait pu nous faire supposer ou même soupçonner l'existence d'une grossesse; voici en quelques mots l'histoire de la malade. Etablissement de la menstruation à 12 ans. Accouchement en 1886, 2e en 1887. Les suites de couches ont été normales dans les deux cas. Dans l'intervalle des deux accouchements, la malade eut une suppression d'époque qui se prolongea huit à neuf mois (en 1887) et ne fut suivie de l'expulsion d'aucune masse analogue à un pro-

duit de conception. Les symptômes actuels ont débuté après le 2e accouchement : pertes abondantes d'un blanc jaunâtre, douleurs abdominales, principalement au moment des règles, ménorrhagies. En avril 1892, crise douloureuse des plus violentes. En novembre 1892 et cinq jours après les époques, hémorrhagie durant dix-sept jours. Le 16 décembre, menstruation normale.

Aucun symptôme du côté des mamelles, vomissements verdâtres pendant vingt-cinq jours au mois d'octobre. A l'examen, on constate tous les signes d'une tumeur salpyngienne droite, du côté gauche, douleurs à la pression et tuméfaction peu développée.

L'opération a été assez laborieuse ; nous avons rencontré d'abord, inclus dans le ligament large du côté droit, un kyste renfermant 250 à 300 grammes d'un liquide utérin. Le kyste ponctionné et énucléé, nous avons décollé sans trop de peine une masse dure que nous avons prise pour l'ovaire et qui était en réalité la trompe. Du côté gauche, les annexes étaient adhérentes par quelques fausses membranes à l'utérus et aux parties voisines; nous nous sommes contentés de libérer la trompe et l'ovaire : nous nous sommes assurés de la perméabilité du pavillon.

Voici la pièce enlevée du côté droit : les débris du kyste du ligament large, l'ovaire un peu scléreux et cette poche à parois épaisses que nous avons fendue : du liquide séro-sanguinolent s'en est écou é et nous avons découvert ce petit embryon, long de 3 centimètres rattaché par un cordon ombilical à la paroi postérieure épaissie, hérissée de mamelons vasculaires. On peut aisément s'assurer que la poche qui renferme cet embryon est la partie la plus externe de la trompe.

Élections.

Membres associés étrangers.

Sont élus : MM. Cheever (de Boston).
Saxtorph (de Copenhague).
Socin (de Bâle).

Membres correspondants étrangers.

Sont élus : MM. Ed. Martin (de Genève).
Saxtorph (Sylvester) (de Copenhague).
Vlaccos (de Mételin).
Wier (de New-York).

Membres correspondants nationaux.

Sont élus : MM. DENUCÉ (de Bordeaux).
ÉTIENNE (Toulouse).
FÉVRIER (Nancy).
GELLÉ (Provins).
LECLERC (Saint-Lô).
VINCENT (Alger).

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire annuel,
E. KIRMISSON.

Séance du 25 janvier 1893.

Présidence de M. CH. PÉRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de remerciements de MM. SOCIN, SAXTORPH et CHEEVER, VINCENT, ÉTIENNE, GELLÉ, DENUCÉ, LE CLERC, FÉVRIER, ED. MARTIN, SYLVESTER SAXTORPH, VLACCOS et WIER, nommés membres associés et membres correspondants.

3° Lettres de remerciements de MM. CHOUX, REBOUL, SIEUR et VIGNERON, lauréats de la Société.

4° *Deux cas de chirurgie abdominale*, par M. TAPIE ; M. Pozzi, rapporteur.

5° *Contribution à l'étude des complications du phimosis congénital*, par M. PAUZAT ; M. Picqué, rapporteur.

6° *Observation de tétanos humain*, par M. FERRATON, médecin-major ; M. Chauvel, rapporteur.

M. Chauvel. Messieurs, permettez-moi de vous remercier une fois encore de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos séances pendant l'année 1892. Votre bienveillance, le concours dévoué de nos secrétaires ont rendu ma tâche facile; aucun incident pénible n'a interrompu nos travaux.

J'invite M. Périer, président élu pour l'année 1893 à prendre sa place au bureau.

ALLOCUTION DE M. PERIER, président entrant.

Mes chers Collègues.

Je vous remercie du grand honneur que vous m'avez fait, en m'appelant à présider vos séances. Soyez persuadés que je ferai tous mes efforts pour justifier votre choix et pour rester à la hauteur d'une tâche que vous savez rendre si facile, je dirai même si agréable.

Mes chers collègues, j'inaugure bien tri tement mes fonctions de président.

Nous ne verrons plus ici un collègue aimé, Horteloup, mon ami de collège, mon camarade d'internat.

Il fallait peu de temps pour savoir l'apprécier, et tous vous avez vite appris à l'aimer et à l'estimer.

D'aimables et charmantes qualités, un cœur loyal, un caractère droit, une grande conscience du devoir, lui attiraient et lui retenaient les sympathies de tous.

Depuis plus de vingt-deux ans il était membre de la Société de chirurgie, et membre des plus actifs. Je n'ai pas à vous énumérer ses nombreuses communications ni les discussions auxquelles il a pris part; presque toutes se rapportaient aux affections syphilitiques et aux maladies des organes génito-urinaires, dont il s'était plus spécialement occupé.

Nommé secrétaire général en 1880, vous savez avec quel zèle, avec quel talent il s'acquitta de ces délicates fonctions. Vous avez prodigué à juste titre vos applaudissements à ses successeurs, mais vous n'avez pas oublié le charme des éloges qu'il a prononcés de cette place si dignement occupée par lui pendant cinq années.

Elu président en 1886, il remplit ces nouvelles fonctions comme les premières en augmentant son droit à notre reconnaissance.

Cette reconnaissance, selon sa volonté formelle, nous n'avons pu l'exprimer sur sa tombe; notre premier témoignage sera de lever la séance en signe de notre deuil.

Avant de nous séparer, j'ai un autre devoir à remplir, devoir infiniment moins pénible.

Je suis assuré, Messieurs, de votre approbation, en adressant de votre part des remerciements aux membres sortants du bureau.

A notre président, M. Chauvel, qui a su joindre à une ponctualité toute militaire la plus parfaite courtoisie. Dans son allocution, de notre séance annuelle, il a été un peu sévère pour nous, mais il faut reconnaître qu'il a été juste; il nous a donné d'excellents conseils. Je suis certain que tous vous êtes animés du grand désir de les suivre. Mais, Messieurs, les meilleures volontés ont parfois des défaillances; si donc votre bonne volonté venait à faiblir, vous me permettriez de vous rappeler, tout doucement, les conseils de M. Chauvel.

Remercions aussi notre secrétaire annuel, M. Bouilly, dont les compte rendus reproduisent si fidèlement la physionomie de nos séances.

Nos regrets les suivent; heureusement la vie ne se compose pas que de tristesses. Nous avons une bonne fortune et une consolation. Nous conservons notre très cher secrétaire général, M. Monod. Vous avez encore présent dans votre esprit son émouvant éloge de Trélat.

Nous conservons aussi notre savant et éloquent archiviste, M. Reclus, ainsi que notre très fidèle et impeccable trésorier, M. Schwartz. Que tous trois reçoivent nos remerciements pour les services qu'ils nous ont rendus en 1892 et qu'ils consentent encore à nous rendre.

J'ai la satisfaction personnelle de faire avec eux et avec notre vice-président, mon ami, M. Championnière et nos secrétaires annuels, MM. Kirmisson et Peyrot, partie du bureau pour cette année, qui, je l'espère, se terminera mieux que l'année qui vient de finir.

La séance est levée en signe de deuil.

Séance du 1er février 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. Hergott (de Nancy), membre correspondant, adresse la traduction faite par lui de l'*Essai sur l'Histoire de l'Obstétricie*, par de Siebold, suivie d'un Appendice par le traducteur, indiquant les progrès réalisés en obstétrique depuis 1845. (3 vol. in-8°, Paris, Steinheil, 1893) ;

3° Une série de brochures et tirages à part par le professeur Jeannel (de Toulouse).

A propos du procès-verbal.

Abcès intra-craniens d'origine otique.

M. Picqué. J'ai eu récemment l'occasion d'étudier, dans un mémoire publié en collaboration avec le Dr Février, membre correspondant, l'anatomie pathologique et le traitement des abcès intra-craniens d'origine otique.

Nous avons été frappés de la fréquence des abcès extra-duremériens (variété jusqu'ici peu étudiée par les auteurs), et aussi de la coexistence des abcès encéphaliques proprement dits avec cette variété qui constitue très souvent entre eux et les lésions de la caisse une étape intermédiaire. Nous avons publié à cet égard deux intéressantes observations qui nous ont été communiquées par notre distingué confrère de l'armée, le Dr Darde.

Cette donnée est importante au point de vue du traitement : en effet, il n'existe pas, pour cette variété d'abcès, d'autres signes que la douleur et la fièvre, et la mastoïdite peut manquer. Les règles classiques font aussi défaut à cet égard.

Nous pensons, contrairement à une opinion émise dans la dernière séance, qu'il faut agir de bonne heure et procéder de la façon suivante : ouvrir de propos délibéré la mastoïde selon les règles bien établies par Ricard ; puis, contrairement aux prescriptions classiques, données à une époque où l'on redoutait justement l'ouverture de la cavité cranienne, mais que nous voyons non sans étonnement reproduites par les auteurs les plus récents, creuser par en haut le trajet opératoire, de façon à ouvrir la cavité cranienne au voisinage de la face supérieure du rocher.

Dans une statistique de 25 cas qui comprend tous les faits publiés depuis 3 ans, nous donnons un cas de Zarniko qui sauva son malade en agissant de cette façon. En conséquence, nous inclinons à penser que ce procédé, envisagé comme exceptionnel, doit être considéré comme le procédé de choix, et dans les abcès encéphaliques à localisations psycho-motrices bien déterminées, nous pensons aussi qu'en raison de la coexistence bien dûment constatée dans nos recherches de collections péripétreuses, c'est encore à lui qu'il convient de recourir, comme premier temps opératoire, avant d'appliquer la couronne du trépan au niveau exact de l'abcès.

Calcul du canal cholédoque. Cholécystotomie. Lithotripsie. Extraction par morcellement. Vésicule atrophiée. Guérison.

M. Tuffier. La question des calculs du canal cholédoque étant à notre ordre du jour, je viens vous apporter un cas qui, au point de vue clinique, et anatomo-pathologique me paraît digne d'intérêt. Il vient à l'appui de l'opinion qui regarde comme fréquente l'atrophie de la vésicule dans les cas de calculs du cholédoque et il explique peut-être pourquoi on a souvent cru trouver une vésicule volumineuse en pareil cas.

Une femme de 31 ans (Tr..., Alex.) journalière, est entrée le 22 octobre dernier dans le service de M. Guyot, à l'hôpital Beaujon, pour se faire soigner d'un ictère persistant. M. Guyot, après avoir institué un traitement médical pendant deux mois et d'après son inefficacité, jugea qu'il s'agissait d'un calcul du canal cholédoque, justiciable de la chirurgie et fit passer la malade dans le service de M. Théophile Anger, le 26 décembre. C'est là que je l'ai examinée et opérée.

C'est une femme assez maigre, mais nullement cachectique. Son ictère est très marqué ; les téguments sont de couleur vert bouteille, ses cuisses sont absolument noires. Le début de ces accidents hépatiques remonte à 14 ans. Après sa première couche, elle eut une colique hépatique très violente sans ictère. Trois ans plus tard, elle fut reprise du même accident, et deux fois encore elle eut des accès moins violents

à des intervalles éloignés. En 1890, elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde assez grave. Dans la convalescence les douleurs se manifestèrent de nouveau sous forme atténuée avec irradiation dans l'épaule droite. Elles reparurent plus fréquemment, et en juillet 1892, elle eut une vraie colique hépatique suivie d'ictère de plus en plus foncé et de troubles dyspeptiques, de vomissements et de douleurs incessantes qui résistent au traitement médical et nécessitent une intervention. L'examen de la région hépatique est rendu particulièrement facile, grâce au peu d'embonpoint de la malade. La région n'est pas déformée, mais en appliquant la main sur l'hypocondre droit, on détermine une tuméfaction siégeant au-dessous des fausses côtes. Elle est arrondie, mamelonnée, du volume du poing, mate à la percussion, un peu douloureuse à la pression ; ses contours sont indécis. En haut, elle se continue avec le foie, en bas, elle se dirige vers l'ombilic. Elle se prolonge profondément au-dessous du foie, et par la palpation bimanuelle on sent qu'elle affleure la région lombaire. Elle présente un ballottement typique à tel point que plusieurs de nos élèves émettent l'hypothèse d'une tumeur rénale.

Les symptômes concomitants sont bien nets ; la langue est sale, l'anorexie complète et accompagnée de vomissements ; les selles sont grises, décolorées. La malade accuse des crampes dans les jambes et bien qu'elle ne délire pas, elle est dans un état d'agitation et d'anxiété très marqué. Les urines sont rouges, noirâtres, et présentent la réaction caractéristique de la bile. Nous portons le diagnostic calcul du canal cholédoque ; la distension probable de la vésicule n'était cependant pas faite pour nous renseigner sur la cause de l'obstruction biliaire.

Opération le 28 décembre 1892, avec le concours de M. Th. Anger et l'aide de MM. de Rouville et Donnat, internes du service ; M. le Dr Veber, M. le Dr Loughnan, M. Forgues (de Montpellier), assistent à l'intervention.

Incision de quatre travers de doigts à partir des fausses côtes et sur le bord interne du muscle grand droit.

Le péritoine ouvert, je vois de suite au-dessous du foie une masse épiploïque, irrégulière, pelotonnée, noueuse, avec des anses intestinales maintenues à ce niveau. A la partie supérieure, je trouve une petite ampoule blanchâtre du volume du petit doigt. Je sépare lentement les adhérences épiploïques, et je reconnais dans cette petite ampoule la vésicule biliaire avec ses rapports habituels. Puis j'isole les anses intestinales, et j'arrive ainsi sur le duodénum, et la face antérieure du pancréas dont je reconnais facilement les lobules, la consistance et la couleur. Suivant alors la vésicule biliaire et le cholédoque jusque dans l'intestin je sens très nettement un corps étranger dur et arrondi à la partie supérieure de la partie du pancréas. J'en reconnais la forme et le volume, J'en explore la mobilité et je constate qu'il m'est facile de le faire remonter jusqu'à l'entrée de la vésicule. Assez gêné par les indurations situées autour du cholédoque, je me résolus

à inciser la vésicule pour extraire le calcul que je pouvais faire maintenir par un aide.

Le champ opératoire étant bien isolé du reste de l'abdomen par des compresses stérilisées, je fis une incision verticale de l'extrémité libre de la vésicule dans l'étendue de trois centimètres. Il s'écoule à peine quelques gouttes de bile épaisse. Écartement des deux lèvres de la plaie au moyen d'une anse de fil passée dans chaque lèvre. Introduction un peu difficile de l'index dans sa cavité cloisonnée et inextensible. Je sens facilement l'extrémité superficielle du calcul, mais il m'est impossible de le faire passer à travers la cavité de la vésicule. J'essaye en vain de le prendre avec les mors d'une pince. Je me décide alors à le broyer avec une forte pince, ce qui est facile, vu sa friabilité et j'en pratique ainsi facilement et complètement l'extraction. Le doigt d'un aide comprime l'orifice du canal cystique et empêche ainsi tout engagement d'une concrétion brisée dans ce conduit. Lavage et toilette de la vésicule, fixation séro-séreuse de la vésicule à la paroi, puis fixation de la muqueuse à la peau (6 points chaque). Impossibilité de faire le cathétérisme complet des voies biliaires. Drains dans la vésicule, fermeture de tout le reste de la plaie, si bien que l'orifice présente à peine le volume du petit doigt. Pansement iodoformé et ouaté.

Les suites opératoires ont été absolument parfaites. La température n'a jamais dépassé 37° 5. Aucune réaction ne s'est produit, ni du côté de la plaie ni du côté de l'abdomen.

Au troisième jour, le premier pansement est taché par une petite quantité de bile ; au septième jour on enlève les fils et les drains, il n'y a que quelques gouttes de bile. A partir du quinzième jour, il n'y a plus de bile. On touche fortement le trajet fistuleux au nitrate d'argent tous les jours, pour bien aviver les surfaces, et la plaie est fermée le 20 janvier. Le régime lacté a été bien toléré. Dès le quatrième jour, la première selle était colorée; l'ictère, qui pendant les trois premiers jours, avait plutôt un peu augmenté, diminue progressivement pour disparaître au vingtième jour. La coloration des urines suit la même marche. La malade reprend l'appétit, ses forces reviennent et elle ne présente plus aucune douleur.

Je tiens à faire remarquer, à propos de ce fait, trois points qui ont, il me semble, un intérêt pratique.

Le premier cadre avec ce que M. Terrier nous a dit de l'atrophie de la vésicule biliaire dans les cas de calcul du cholédoque. Ici cette atrophie était complète. Je n'aurais certes pas supposé son existence dans cette petite ampoule blanche si je n'avais été prévenu, et cette atrophie s'accompagnait d'une véritable rétraction qui empêcha de faire manœuvrer le calcul dans sa cavité pour l'amener dans la plaie et m'obligea à le morceller, à le lithotritier. J'aurais pu prolonger mon incision dans toute la longueur de la vésicule, mais les adhérences qui l'entouraient étaient résistantes, et j'aurais été fort gêné pour faire une suture à cette profondeur.

Le second fait digne d'intérêt est la mobilisation facile du calcul et sa rétrocession vers la vésicule. Je crois qu'en pareil cas, l'incision de choix est celle qui porte sur la partie des voies biliaires la plus rapprochée de la vésicule, là où le calcul s'arrête et refuse de rétrograder. J'aurais dû, dans mon opération, inciser sur le calcul et non sur le fond de la vésicule ; mais je pensais pouvoir amener le corps du délit à ce niveau, du moment que je le faisais rentrer dans le réservoir biliaire.

Une dernière constatation m'a frappé au point de vue clinique : tous ceux qui avaient examiné cette malade n'avaient pas hésité un instant à poser le diagnostic distension de la vésicule biliaire. Le siège de cette tuméfaction au-dessous du foie et des fausses côtes, sa forme arrondie et légèrement bosselée, son prolongement sous le foie donnant lieu, à la palpation bimanuelle, à un vrai ballottement, sa consistance assez ferme, tout pouvait et devait faire penser à une vésicule distendue par de nombreux calculs. Or, il n'en était rien, et cette masse était constituée par une vésicule atrophiée, perdue au milieu d'adhérences et d'indurations épiploïques se prolongeant jusqu'au pancréas.

En face d'une pareille constatation, on peut se demander si un grand nombre de faits purement cliniques et dépourvus de constatation anatomique, étiquetés distension calculeuse de la vésicule avec ictère, n'ont pas trait à des altérations de ce genre, petite vésicule et grosses adhérences; et, en tous cas, ces adhérences épiploïques péricystiques peuvent certainement donner le change. C'est une erreur contre laquelle il est bon d'être prévenu.

M. Routier. A propos de la communication de M. Tuffier, je tiens à dire que la malade opérée par moi, et dont j'ai entretenu antérieurement la Société est aujourd'hui guérie ; chez elle, la fistule consécutive à l'opération s'est fermée spontanément.

Rapport.

Corps étranger articulaire du genou gauche consécutif à une entorse violente. Hémohydarthrose consécutive. Ablation. Guérison, par le Dr Hassler, médecin-major, répétiteur à l'école de santé militaire à Lyon,

Rapport par M. Chauvel.

Depuis qu'avec l'antisepsie, l'ouverture d'une vaste articulation comme le genou n'offre plus de danger, l'extraction des corps mo-

biles, des arthrophytes, est devenue opération courante. Sitôt le diagnostic posé et la situation habituelle, la manière d'être des corps étrangers reconnues, l'opération doit être pratiquée.

Cependant, malgré sa simplicité apparente, l'extraction d'un arthrophyte est toujours chose délicate pour un jeune chirurgien, parce que sa sécurité n'est pas certaine. Il m'est arrivé, et je pense que plusieurs parmi nous ont eu le même ennui, il m'est arrivé de voir le corps mobile s'échapper des mains de l'aide chargé de sa fixation, juste au moment où l'incision de la synoviale allait lui donner issue.

Notre collègue le Dr Hassler n'a pas eu à lutter contre cette excessive mobilité, contre cette fuite aussi pénible que redoutée; les suites de son intervention ont été aussi régulières que l'avait été l'opération.

Il s'agissait d'un chondrophyte pur dont je vous présente ici le modèle. Par son volume assez considérable, par sa forme légèrement irrégulière à la surface, il offrait des conditions assez favorables à la fixation, et l'expérience avait montré que, même en ses déplacements, il était encore possible de le suivre et de le ramener sans effort à la place choisie pour son enlèvement.

Un pansement énergiquement compressif aidé du repos et de l'immobilisation avait fait disparaître l'épanchement articulaire. Notre collègue admet qu'il y avait là hémo-hydarthrose, sans doute parce que le gonflement succédait à une entorse. Il ne s'agissait cependant que de synovie, puisqu'au moment de la sortie de l'arthrophyte il ne s'écoula qu'un peu de liquide visqueux et légèrement opalescent; à peine une cuillerée. M. Hassler crut cependant devoir pratiquer un abondant lavage de l'article avec une solution de sublimé tiède à 1/2000.

Jusque-là l'opération avait été très régulière. Incisions étendues de la peau et du tissu sous-cutané, section large et couche par couche des plans fibreux; mise à jour de la capsule; enfin ouverture de cette dernière sur le corps étranger, seulement après hémostase parfaite et dans une largeur juste suffisante. Après le lavage et malgré l'application de la main d'un aide pour refouler la rotule on constate qu'une certaine quantité d'air restait dans la jointure.

Les sutures furent néanmoins appliquées et la guérison se fit sans accident. Mais comme le remarque lui-même notre collègue, dans un milieu infecté, l'entrée et le séjour d'une certaine quantité de gaz dans la jointure, eût pu n'être pas sans danger. Ceci nous conduit à examiner l'opportunité du lavage de l'article. Les injections sont-elles utiles, sont-elles nécessaires?

M. Hassler semble le croire. S'il les a pratiquées, c'est qu'à son

avis l'hydarthrose les rendait nécesaires. Nous ne croyons pas que l'existence d'un léger épanchement de synovie soit dans de telles conditions une indication formelle du lavage de la jointure. Cet épanchement est le résultat de l'irritation produite par le corps mobile, il a toute chance de disparaître avec la cause qui l'entretient et l'a fait naître.

Ici, il y avait d'autant plus lieu d'espérer sa disparition, que sous l'action du repos et de la compression il s'était en très grande partie résorbé. Bien qu'il en soit, si ce lavage semble nécessaire, il doit être pratiqué de façon à éviter toute entrée de l'air dans la jointure. Car si la pénétration du gaz est facile, son expulsion n'est pas chose aisée et des manipulations répétées ne seraient pas sans inconvénient.

Au moins, si la présence de l'air dans le genou est constatée, sera-t-il prudent d'instituer un drainage qui lui permette une issue facile sous l'influence d'un pansement compressif, pansement habituellement employé après l'arthrotomie. Il est vrai que si M. Hassler n'a pas fait de drainage, il a cherché l'occlusion et la réunion immédiate des plaies par une série de sutures. Nous en comptons trois et presque quatre : 1° suture en surjet pour la synoviale; 2° suture en surjet également, mais avec un fil de soie plus fort pour la capsule fibreuse et ses annexes; enfin 3° suture profonde et superficielle des téguments avec le fil d'argent. Il y a peut-être un peu d'exagération dans ce grand nombre de coutures qui exigent un temps considérable; mais, en somme, la réunion recherchée fut aisément obtenue.

Rien à dire des suites de l'opération. Elles furent des plus simples grâce à un traitement rationnel, l'atrophie musculaire était considérablement amoindrie au bout de quelques semaines.

L'examen histologique du corps extrait montre qu'il s'agissait d'un chondrophyte pur. En aucun point il n'y avait trace de tissu osseux.

Nous ne discuterons pas l'origine traumatique ou spontanée de cet arthrophyte. Si l'on ne considère que son aspect et sa forme, il me paraît bien difficile de le regarder comme une partie détachée des surfaces articulaires par un arrachement brusque. Sa structure ne plaide pas davantage pour une semblable origine. Je crois plus probable qu'il s'est développé lentement aux dépens des éléments normaux sous-séreux, et que les entorses multiples accusées par le patient n'ont été qu'une conséquence de sa présence entre les surfaces articulaires.

A la date du 20 novembre 1892, M. Hassler a pu examiner son opéré. Il était resté complètement guéri et l'atrophie musculaire avait à peu près totalement disparu.

Messieurs, je vous propose : 1° de remercier M. le Dr Hassler de son intéressante communication; 2° de déposer son travail dans les archives de la Société.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Je ne comprends pas pourquoi, dans ce cas, on a pratiqué des lavages multipliés dans la jointure, et quelle importance l'auteur a attachée à la pénétration d'air dans l'intérieur de l'articulation.

M. Chauvel. On avait pratiqué une ouvorture juste suffisante pour permettre l'issue du corps étranger, après le premier lavage on constata la pénétration d'air dans la jointure, et la crainte de la suppuration conduisit à faire des lavages répétés.

M. Lucas-Championnière. Ce fait démontre la supériorité à accorder aux larges ouvertures; on n'a pas alors à craindre la stagnation d'air ou de liquide dans l'articulation.

M. Chauvel. Je ne saurais partager à cet égard l'avis de M. Championnière; s'il existe un seul corps étranger articulaire, je crois qu'on peut se contenter d'une incision suffisante pour lui livrer passage.

M. Terrier. En somme, le chirurgien a redouté la large ouverture de l'articulation, il a eu peur de la présence d'air dans la jointure et a eu le tort d'y pratiquer des lavages répétés. Toute cette pratique est peu recommandable.

M. Chauvel. M. Hassler a fait à la suite de l'ablation du corps étranger, une injection intra-articulaire, parce qu'il croyait à l'existence d'une hémohydarthrose et à la nécessité de faire sortir des caillots. Aucun caillot sanguin n'ayant fait issue au dehors, les injections ultérieures ne paraissent pas utiles.

Les conclusions du rapport de M. Chauvel sont mises aux voix et adoptées.

Communications.

M. Chervin lit un mémoire sur les *fissures palatines au point de vue orthophonique.*

(Commission : MM. Polaillon, Félizet et Jalaguier, rapporteur.)

M. Lejars donne lecture d'un cas de *luxation ancienne du coude traitée par la résection.*

(Commission : MM. Terrier, Berger et Tillaux, rapporteur).

Suture à distance (8 centimètres et demi) du nerf radial. Examen de la pièce onze mois après l'opération.

Par le Dr Guelliot (de Reims), membre correspondant.

On a rarement l'occasion de vérifier l'état d'une suture à distance d'un nerf et d'étudier autrement que par des expériences sur les animaux la marche de la reconstitution nerveuse dans les cas de ce genre. Aussi la pièce que je viens de recueillir m'a-t-elle paru mériter d'être présentée à la Société de Chirurgie.

Voici d'abord l'observation résumée du malade.

Le 3 décembre 1891, P..., chauffeur dans une fabrique de lainage, a le bras gauche pris dans une machine; toutes les parties molles des régions postérieure et externe, vers le tiers inférieur du bras, sont enlevées; l'humérus est à nu au fond de la plaie. Heureusement, il reste en dedans un pont de peau sous lequel est resté intact le faisceau vasculo-nerveux; seul le cubidal a été légèrement atteint (anesthésie passagère des deux derniers doigts).

Lorsque je vois le blessé avec mon confrère, le Dr. Robin, deux jours après l'accident, je constate une paralysie radiale complète et propose immédiatement d'aller à la recherche du nerf sectionné; mais je me heurte à un refus catégorique.

Deux mois seulement plus tard, P..., craignant de rester infirme, vient lui-même réclamer une intervention tardive.

A ce moment, la plaie est presque cicatrisée; la paralysie des extenseurs et supinateurs est totale; une zone d'anesthésie en triangle occupe la partie externe et inférieure de l'avant-bras, la base correspondant à la plaie accidentelle, la pointe se perdant vers le tiers inférieur du bord externe. Sur le dos de la main, au niveau des premier et deuxième métacarpiens, on constate une autre zone où la sensibilité, sans être abolie, est notablement diminuée.

Vu la nature de la blessure, les bouts du nerf doivent être très éloignés, aussi il y a lieu de faire une très longue incision sur le trajet du radial.

Nous prenons comme point de repère: en haut l'insertion deltoïdienne, en commençant l'incision, à un travers de doigt de son bord postérieur; en bas, la gouttière externe du pli du coude. Une incision de 15 centimètres est faite, le 11 février 1892, entre ces deux points de repère, en contournant le bord externe du bras. En haut, on tombe sur la cloison aponévrotique du triceps; on l'incise et, derrière elle, on découvre le bout supérieur du radial terminé par un renflement aplati;

une branche collatérale destinée au vaste externe est également rompue à quelques centimètres de son émergence. En bas, au-dessous de l'aponévrose, entre le long supinateur et le brachial antérieur, on découvre facilement le bout inférieur volumineux, à renflement moins marqué. Entre ces deux points, l'incision est poussée à travers la cicatrice jusqu'à l'humérus.

Après résection des deux extrémités, on constate que la distance qui sépare les bouts central et périphérique est de *9 centimètres;* par les tractions, on gagne à peine quelques millimètres; la solution de continuité est donc encore de 8 centimètres et demi.

Un gros catgut est passé à travers le bout supérieur, à un centimètre environ de son extrémité, puis les deux nerfs sont introduits dans un tube en os décalcifié de 9 centimètres de longeur et traversent ensuite le bout inférieur sur lequel ils sont liés. Les deux extrémités du nerf sont introduites dans les orifices supérieur et inférieur du tube d'osséine; elles sont ainsi reliées, centralement par le catgut, périphériquement par le tube osseux. Les parties molles sont réunies au-dessus de la tubo-suture et un petit drain est laissé à la partie supérieure de l'incision.

L'opéré quitte l'Hôtel-Dieu le 9 mars; la plaie est cicatrisée depuis plusieurs jours; l'anesthésie a notablement diminué, il y a même de l'hypéresthésie dans toute la région postérieure de l'avant-bras.

Ce retour de sensibilité suivant d'aussi près l'opération n'avait certainement aucun rapport avec une régénération des fibres nerveuses; aussi n'avons-nous qu'une confiance très limitée dans le résultat thérapeutique au point de vue de la motilité.

Le 2 avril, deux mois après la suture, la paralysie est toujours complète; l'anesthésie n'existe plus que dans une zone de quelques centimètres; le long du bord radial de l'avant-bras, il y a une simple diminution de la sensibilité.

Trois mois plus tard (9 juillet), cette plaque d'anesthésie a encore diminué et est réduite à une zone de 2 centimètres environ, immédiatement au-dessous de la cicatrice; ailleurs la sensibilité est normale. Mais la paralysie persiste, et, malgré les séances d'électrisation, les muscles s'atrophient, ne réagissent pas sous le courant électrique; la circonférence de l'avant-bras a diminué de 4 centimètres.

Cependant il n'est pas impossible de voir disparaître la paralysie; le temps écoulé n'est pas assez considérable pour que la guérison soit regardée comme impossible. M. Ehrmann (de Mulhouse) a publié deux faits très probants à cet égard (*Congrès de chirurgie*, 1892). Dans l'un d'eux, le retour des mouvements n'a eu lieu que plus de huit mois après la suture du radial dont les deux bouts étaient écartés de 3 centimètres; dans l'autre, bien qu'on ait pu ramener au contact les deux extrémités, la paralysie n'a

disparu qu'au bout de dix mois; enfin le même auteur cite une observation de Glück et Bernhardt où la paralysie radiale n'a cédé qu'un an après la suture. M. Ehrmann conclut qu'il faut attendre une année et même davantage avant d'affirmer l'échec de la suture.

Une autre constatation est faite pour nous donner de l'espoir: lorsqu'on presse un peu fortement vers le milieu de la cicatrice cutanée, le sujet accuse des fourmillements dans les doigts; il y a donc à ce niveau, c'est-à-dire bien au-dessous de l'extrémité centrale du nerf, des filets nerveux en voie de régénération.

Nous perdions de vue cet opéré pendant quelques mois lorsque, le 28 novembre 1892, il rentre dans notre service de l'Hôtel-Dieu pour un énorme kyste hydatique du foie. Dès le lendemain, ce kyste qui contient de nombreuses vésicules et un liquide tout à fait biliaire, est largement ouvert et drainé. Après une amélioration passagère, le malade s'affaiblit; il a de l'ictère; des hémorragies se font par ce qui reste de la poche hydatique et par l'intestin. P... meurt le 16 janvier, sept semaines après l'ouverture du kyste, onze mois après la suture à distance du radial; la paralysie ne s'est pas améliorée.

Dans l'impossibilité de faire l'autopsie, je ne puis que disséquer rapidement la cicatrice du bras gauche, et enlève la pièce pour l'examiner à loisir.

Description de la pièce. — D'environ 8 centimètres de longueur, la pièce comprend un tronc blanchâtre qui se continue en haut avec le nerf radial et qui se perd en bas dans des fibres musculaires. Immédiatement au-dessous de la section supérieure, on constate un premier renflement ovoïde, ayant environ 2 centimètres de hauteur, puis, au-dessous, un léger étranglement qui correspondait à un épaississement de la cicatrice cutanée; plus bas, la masse se renfle de nouveau, mais devient moins distincte; elle s'aplatit et semble se dissocier pour se continuer, comme nous l'avons dit, avec les fibres musculaires voisines. Pas la moindre trace du catgut, ni du drain en os décalcifié.

Notre ami, le Dr Hache, chef des travaux anatomiques de l'École de médecine de Reims, a bien voulu examiner cette pièce et prélever en différents points des parcelles pour y rechercher les fibres nerveuses. Voici la note qu'il nous a remise :

« La pièce, qui mesure environ 8 centimètres, a été traitée par l'acide osmique au 1/100 pendant vingt-quatre heures, puis des fragments ont été détachés et examinés par dissociation.

« Au-dessous du renflement supérieur, l'examen permet de dénoter de très nombreux faisceaux de petits tubes nerveux à

myéline; les tubes sont minces,la gaine de myéline est peu épaisse, et ils sont réunis en faisceaux serrés qui semblent s'anastomoser fréquemment les uns avec les autres; un tissu conjonctif doux et résistant les sépare les uns des autres, et au milieu des faisceaux connectifs cheminent des cylindres-axes nus, non recouverts de myéline.

« A quatre centimètres de l'extrémité supérieure, on retrouve encore des tubes nerveux à myéline et les cylindres-axes nus, mais les faisceaux sont moins épais, plus irréguliers et moins nombreux.

« Enfin, à 6 centimètres, les fragments que j'ai examinés ne m'ont pas permis de retrouver aucun tube à myéline. Le tissu conjonctif est très doux, fibreux, formé de faisceaux assez volumineux au milieu desquels j'ai cru voir cheminer quelques fibres nerveuses sans myéline, mais celles-ci sont très rares et très irrégulièrement réparties.

« En résumé, la régénération est évidente sur une étendue de plus de quatre centimètres, et le nerf régénéré semble se perdre inférieurement au milieu du tissu de cicatrice »

L'intérêt de cette pièce réside dans ce fait qu'elle démontre de la façon la plus nette que le retour de la sensibilité n'est nullement en rapport avec la régénération du nerf; elle montre aussi que cette régénération se fait lentement à partir du bout central, et qu'il y a tout intérêt à guider le bourgeon nerveux vers le bout inférieur. Déjà ce bourgeon atteignait quatre à cinq, peut-être six centimètres; il s'en fallait de trois encore pour qu'il vînt en contact avec le bout périphérique; mais cette rencontre se serait-elle faite si le malade avait vécu? Il y a lieu de se demander si, dans une suture d'aussi longue portée, il ne serait pas indiqué d'employer des substances moins rapidement résorbables que le catgut et l'os décalcifié.

Note sur le traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse

Par le Dr Félix Lagrange (de Bordeaux),
membre correspondant national.

Depuis quelques années, grâce à l'initiative bienfaisante de notre confrère, le Dr Abadie, le traitement de l'ophtalmie granuleuse est entré dans une voie féconde; au lieu de modifier lentement la muqueuse par des caustiques solides ou liquides, les ophtalmologistes partisans du traitement sanglant s'appliquent à détruire du premier coup l'élément infectieux et les parties infectées de façon à obtenir rapidement la guérison.

Toutes les ophtalmies granuleuses ne sont pas justiciables de

l'intervention chirurgicale, les cas aigus, purulents doivent être traités par le nitrate d'argent ou par le sulfate de cuivre; ce sont les cas subaigus ou chroniques, avec grosses granulations, avec pannus, qui bénéficient surtout de l'opération.

Sur ce point, presque tous les ophtalmologistes sont d'accord, mais il s'agit de savoir comment et avec quels instruments cette opération doit être pratiquée.

Le but est celui-ci : débarrasser la muqueuse de tous les éléments infectieux qu'elle contient. Or, où sont les éléments infectieux? Sans doute ils sont surtout au niveau du cartilage tarse dans le stratum lymphoïde qui sépare ce cartilage de l'épithélium pavimenteux conjonctival, mais ils siègent aussi dans les culs-de-sac, jusqu'au fornia, jusque sur la conjonctive bulbaire. Il n'y a pas dans cette partie de la muqueuse de follicules clos et de tissu lymphoïde, mais le parasite encore mal défini, qui provoque l'ophtalmie granuleuse, pénètre sur la couche épithéliale et doit y être poursuivi.

C'est sur ce point spécial, la destruction de l'agent infectieux, que porte la première partie de ma communication.

J'estime que les scarifications en série et la curette tranchante font mal cet office; en effet, les scarifications ne portent que sur certains points de la muqueuse; entre les lignes scarifiées cette membrane n'est pas entamée; de plus, elle l'est à des profondeurs inégales, selon l'acuïté du tranchant, selon l'impulsion toujours un peu variable que l'opérateur donne au scarificateur.

La curette tranchante est un instrument précieux pour enlever les granulations volumineuses dépassant, comme des fongosités, le plan de la muqueuse, mais c'est un instrument dangereux parce qu'en appuyant trop fort on risque d'emporter la membrane dans toute son épaisseur; de pareilles pertes de substance sont déplorables pour le résultat définitif. Au niveau du tarse, elles provoquent une déviation de ce cartilage, squelette indispensable de la paupière, dans les autres parties elles produisent des symblépharons très gênants pour la mobilité du globe.

L'instrument que je présente à la Société me paraît posséder à la fois les avantages du scarificateur et de la curette tranchante, sans en avoir les inconvénients.

Ce n'est autre chose qu'une curette de Volkmann modifiée qui porte sur son dos convexe des dents à la fois comme une herse et comme une lime. La convexité de cet instrument lui permet de courir aisément dans les parties les plus cachées du sac conjonctival; elle intéresse facilement par ses dents aiguës la surface de réflexion de la muqueuse au niveau du fornia et des angles interne et externe.

Les dents ont des dimensions mesurées qui entament la muqueuse dans des proportions toujours égales; en repassant plusieurs fois au même endroit, on peut aller jusqu'à la profondeur voulue. Ensuite, le bord tranchant de la curette est utilisé pour emporter les débris déchirés tenant encore par des filaments et pour niveler la surface rugueuse du sac conjonctival qui, en très peu de temps, est aussi complètement cruentée.

La conjonctive bulbaire, jusqu'au limbe cornéen, doit, dans les cas graves, subir le contact de l'instrument, à ce niveau il doit être appliqué légèrement, car il n'y a pas de granulations à détruire; il suffit de modifier l'épithélium capable de récéler le parasite et de préparer la surface muqueuse à recevoir l'action de l'agent curatif, le sublimé.

Le brossage vient ensuite; il est exécuté selon la méthode ordinaire.

L'opération terminée, une plaie existe qu'il faut autant que possible maintenir aseptique et, par conséquent, soigneusement laver.

C'est le second point que je désire examiner devant la Société.

Comment laver exactement, et dans toutes ses parties, le sac conjonctival? Théoriquement, rien ne paraît plus facile; l'œil étant ouvert avec deux écarteurs ou un ophtalmostat, le jet d'un irrigateur quelconque peut être dirigé sur tous les points de la muqueuse, mais en pratique on remarque bientôt que cet écartement forcé des paupières, après le gros traumatisme opératoire infligé au patient, est très douloureux, que celui-ci résiste beaucoup, que la présence d'un médecin est indispensable pour que ce lavage soit sérieusement fait; en réalité, à cause même des difficultés qu'ils présentent très souvent, les lavages sont incomplets; les parties antérieures du globe, les régions tarsiennes seules subissent le contact de l'agent désinfectant, et je ne crains pas d'affirmer que le traitement chirurgical des granulations a été impuissant dans bien des cas, parce que le pansement de la plaie, je veux dire les lavages, n'étaient pas convenablement faits.

C'est pour obvier à ces inconvénients que j'ai imaginé le second instrument que je présente à la Société. Il suffit de le regarder pour comprendre son fonctionnement. C'est un écarteur à manche, creux au lieu d'être plein, et qui laisse échapper le liquide antiseptique par les trous que vous voyez sur sa surface recourbée.

Après l'avoir introduit sous la paupière supérieure, il suffit d'abaisser un peu le manche, en écartant légèrement la paupière du globe de l'œil pour que le liquide, arrivé sous une pression suffisante, s'échappe avec force de ces trous et nettoie d'autant de jets puissants tout le cul-de-sac. Il est inutile d'écarter violem-

ment les paupières, il suffit de les entrebâiller pour introduire l'instrument; le lavage se fait, l'œil étant à moitié clos.

Je n'ai pas encore eu l'occasion de m'en servir pour l'ophtalmie purulente, mais je crois que dans le traitement de cette affection, où les lavages des yeux sont si mal faits par les parents, les gardes-malades, quelquefois même par les médecins, cet instrument pourrait rendre de grands services. Entre autres avantages, il a celui de ne nécessiter la présence d'aucun aide et d'être maniable pour tout le monde. Une seule personne, tant soit peu exercée, peut laver un œil très complètement et très vite; il suffit d'insinuer l'instrument sous la paupière et de lâcher le jet de liquide, dont la force devra être toujours considérable. Un récipient placé à 2 mètres ou 2m,50 donne en général une impulsion suffisante.

C'est pour le traitement de l'ophtalmie granuleuse que j'ai, il y a deux mois, fait construire ce laveur. A cette époque, j'ignorais qu'un irrigateur des culs-de-sac conjonctivaux avait été recommandé par le Dr Osio (de Madrid).

Cet instrument se compose d'un manche creux qui conduit le liquide dans une chambre aplatie, rectangulaire le laissant échapper sur toutes ses faces par une multitude de trous. Je n'ai aucune expérience sur la valeur de cet instrument que la probité scientifique me fait un devoir de signaler. Il n'est en aucune façon rentré dans la pratique et je ne l'ai découvert qu'après de longues recherches dans l'arsenal de notre chirurgie spéciale.

L'instrument que j'ai imaginé a l'avantage de pouvoir être employé à deux fins : comme écarteur et comme laveur. Les bons résultats qu'il me donne tous les jours m'ont suggéré l'idée de le soumettre à la haute appréciation de la Société. Elle me pardonnera de lui avoir quelques instants parlé d'oculistique. Je ne l'ai fait que parce que j'avais à l'entretenir de deux nouveaux instruments de chirurgie.

Hernie de l'ovaire. — Inflammation phlegmoneuse. — Suppuration. — Ouverture de l'abcès. — Écoulement sanguin se produisant pendant plusieurs mois par cette ouverture à chaque apparition des règles et pendant leur durée. — Guérison.

Pa. le Dr Turgis, chirurgien de l'hôpital de Falaise,
membre correspondant national.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous demander quelques minutes de votre bienveillante attention pour une observation que j'ai à vous présenter.

Il s'agit d'une femme de 49 ans actuellement, d'une bonne constitu-

tion, d'un tempérament nerveux, réglée à 20 ans, mariée à 23, n'ayant eu ni fausses couches ni accouchement à terme, d'une santé généralement bonne et n'ayant présenté que quelques indispositions dues à l'irrégularité de ses époques qui disparaissaient de temps à autre et quelquefois pendant plusieurs mois.

Dans les premiers jours de novembre 1885 (elle avait alors 41 ans et depuis 18 ou 20 ans j'étais son médecin) elle vint me consulter.

Elle portait dans la partie inférieure de la paroi abdominale, à droite, une tumeur placée au-dessus du pli de l'aine, au point qui correspond à l'orifice supérieur du canal inguinal. Elle était de la grosseur d'un petit œuf de poule, régulièrement ovoïde, complètement immobile et irréductible, mate à la percussion et peu douloureuse à la pression; la peau qui lui correspondait était normale, mobile et sans adhérence aucune avec elle.

Cette tumeur s'était développée peu à peu et la malade ne put fixer de date précise à son origine. Jusqu'à il y a un ou deux mois, elle ne la faisait pas souffrir, mais depuis elle était le siège de douleurs légères qui se produisaient, lorsqu'un effort était fait, soit pour soulever un paquet, soit pour prendre une pièce d'étoffe dans un rayon (la malade est couturière).

Quelle était la nature de cette tumeur? Je ne vous dirai pas toutes les hypothèses qui me passèrent par l'esprit pour établir le diagnostic. Ce n'était, à mon avis, ni une tumeur maligne, ni une tumeur ganglionnaire, ni une épiplocèle, je pensais plutôt à une hernie de l'ovaire; pourtant dans mon examen, je ne trouvais pas les signes certains de cette hernie. En touchant la malade et en déprimant assez fortement le col utérin, soit de haut en bas, soit latéralement, je ne pouvais imprimer dans la tumeur le moindre mouvement correspondant à celui que je déterminais dans l'utérus.

Je mis ma malade en observation, me promettant provisoirement de lui appliquer un bandage à pelote creuse, soit pour contenir la tumeur et peut-être l'empêcher de s'accroître, soit pour la protéger contre les chocs extérieurs.

Dix ou douze jours après mon examen, la malade me revint; une modification sérieuse s'était produite; je me trouvais en présence d'une véritable inflammation phlegmoneuse de la tumeur et de la région correspondante; la peau était chaude, rouge, tuméfiée.

Je mis la malade au repos et fis le nécessaire en pareil cas; du quatrième au cinquième jour du début des accidents, la suppuration était certaine; je fis une ponction avec un bistouri droit et une ouverture suffisante pour un gros tube à drainage; le pus s'écoula librement.

La malade reçut les soins appropriés, cataplasme, lotions ou injections phéniquées au millième, etc.

Huit jours après l'ouverture de l'abcès, alors que tout allait bien, on vint me chercher à la hâte pour voir ma malade qui perdait beaucoup de sang par la plaie. Je me rendis immédiatement auprès d'elle et

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 41.2.93. *Le gérant :* G. Masson.

effectivement, il s'était écoulé par la plaie une certaine quantité d'un sang noir diffluent ou en caillots; le cataplasme en était recouvert.

J'interrogeai la malade, et après réflexion, je lui demandai si elle n'avait point ses règles. « Je ne sais, peut-être me répondit-elle »; j'examinai et je constatai que ses règles étaient arrivées.

Les règles durèrent trois jours, l'écoulement sanguin par la plaie dura trois jours et disparut avec l'époque.

L'état de la malade s'améliorait, la suppuration diminuait graduellement; au bout d'un mois, les règles apparurent de nouveau et l'écoulement de sang par la plaie avec elles; cet état dura trois jours comme la première fois.

Pendant neuf mois consécutifs et bien régulièrement chaque mois, le même phénomène se produisit.

Au dixième mois, l'écoulement sanguin par la plaie ou plutôt par le trajet fistuleux qui lui avait succédé, avait beaucoup diminué et n'était plus que de quelques gouttes de sang et d'une petite quantité de liquide séro-sanguin.

Les règles continuèrent et ont continué jusqu'à maintenant à se produire avec une régularité constante, qu'elles n'avaient jamais eue avant l'apparition des accidents dont nous nous occupons. L'écoulement fistuleux intermittent a fini par disparaître vers le dix-huitième mois de l'apparition des premiers accidents. Il est à remarquer que, dans l'invalle des règles, le trajet fistuleux ne laissait s'écouler aucun liquide. Une seule fois, il fut le siège de douleurs assez vives pendant l'époque, l'écoulement fut un peu plus abondant, puis les douleurs disparurent avec les règles.

La santé de la malade n'a jamais été meilleure que maintenant; l'an dernier je l'ai examinée pour la dernière fois.

La région qui a été le siège des accidents que je viens de rapporter, ne présente plus qu'une légère dépression de la peau, indice de la cicatrice de l'orifice fistuleux, et la palpation profonde de cette région ne révèle rien d'anormal.

J'ai cru devoir, Messieurs, vous communiquer cette observation fort intéressante et bien rare à mon avis.

C'est le seul cas qu'il m'ait été donné d'observer, soit dans ma pratique médicale déjà bien longue, soit dans les hôpitaux.

Présentation d'instruments.

Nouvelle pince destinée à faciliter la suture des téguments.

M. Guinard, chirurgien des hôpitaux, présente à la Société de chirurgie une pince qui a été construite sur ses indications par M. Favre. Cette pince permet de faire avec la plus grande

facilité et une correction parfaite l'affrontement et la suture des téguments. Grâce à sa forme en U, elle est à ciel ouvert et permet au chirurgien de maintenir les lèvres de la plaie en contact sans qu'elles puissent se recroqueviller ou se déplacer, pendant qu'il les transfixe avec l'aiguille de Reverdin et pendant qu'un aide noue les deux chefs du fil entre les mors. Elle est surtout utile pour la suture de la peau dans certaines régions, comme la région inguinale, le scrotum, etc., où les lèvres de la plaie ont une grande tendance à se recroqueviller et à glisser l'une sur l'autre; mais, dans toutes les régions, elle peut rendre de grands services pour ce temps particulier de l'opération.

Présentation de pièces.

1° *Grossesse extra-utérine (tubaire) de cinq mois. Laparotomie. Guérison.*

M. Routier. Messieurs, La pièce que je mets sous vos yeux est le produit d'une grossesse extra-utérine, de la variété tubaire externe, que j'ai pu diagnostiquer, car j'ai suivi la malade depuis le début présumé de la grossesse.

Il s'agit d'une jeune femme de 34 ans, ayant eu deux enfants bien portants, sans accidents puerpéraux, le dernier il y a sept ans.

En juillet 1892, les règles manquèrent : dès la fin du mois, je fus mandé auprès d'elle, pour des douleurs abdominales, et parce que, disait-elle, elle avait certainement quelque chose d'extraordinaire. Je pensai à une grossesse ordinaire; en septembre, l'utérus était gros, le col mou, rien d'anormal ne fut perçu, je confirmai l'opinion de la grossesse.

Au commencement d'octobre, pendant une absence que je fis de Paris, cette jeune femme eut une légère perte, qualifiée de fausse couche par son médecin, qui ne trouva pas de fœtus dans les caillots, mais quelques peaux, me dit-il. Cependant, au commencement de novembre, la malade croyait sentir remuer.

A la fin de décembre, je fus rappelé; cette fois tout était plus clair. L'utérus redevenu petit, normal, le col dur, était flanqué sur son côté gauche d'une tumeur plus grosse que le poing, peu mobile, douloureuse à la pression.

Le volume du ventre avait depuis vingt jours beaucoup diminué.

Je n'hésitai pas à affirmer que nous étions en présence d'une grossesse extra-utérine, la mort du fœtus devant avoir eu lieu au moment de ce pseudo-avortement.

Je conseillai l'opération, et voici la pièce. Les adhérences au petit

bassin étaient très solides ; quelques appendices épiploïques étaient aussi adhérents, mais j'ai pu pédiculiser le kyste fœtal dont les membranes étaient près de se rompre près de la tête.

La jeune femme va très bien, elle se lèvera cette semaine.

2° *Pièce provenant d'une gastro-entérostomie.*

M. Monod montre une pièce provenant d'une gastro-entérostomie pratiquée par lui le 19 janvier dernier sur un malade du service de M. Hayem, âgé de 48 ans. Il a fait une double suture séro-séreuse et muco-muqueuse, et a pratiqué l'ouverture des viscères à l'aide du thermo-cautère. De cette façon, il n'y a eu ni écoulement de sang, ni issue du contenu des viscères au dehors. Le soir de l'opération, et le lendemain encore au moment de la visite, le malade allait très bien; mais, deux heures après, il commençait à s'affaiblir progressivement et succombait dans la soirée. Ce fait démontre la gravité de semblables interventions chez des cancéreux arrivés déjà à un état très avancé de débilitation.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 8 février 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de MM. Berger, Félizet et Polaillon, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Lettres de MM. Cheever (de Boston), Vlaccos (de Metelin), Wier (de New-York), remerciant la Société de Chirurgie de les avoir nommés membres correspondants étrangers.

A propos du procès-verbal.

1° *Examen d'une pièce de gastro-entérostomie.*

M. Reclus. Je vous ai communiqué, en octobre dernier, une observation de gastro-entérostomie. L'anastomose avait été pratiquée le 3 août 1892, et le résultat, vous disais-je alors, en avait été bon. La malade a vécu jusqu'au 3 janvier dernier ; elle s'est donc éteinte cinq mois, jour pour jour, après notre intervention dont le bénéfice ne s'est pas démenti jusqu'à la mort : il n'y a plus eu ni vomissements, ni douleurs, et c'est peu à peu que la cachexie a eu raison de notre opérée. J'ai pu examiner la pièce et l'intérêt qu'elle présente est assez grand pour que je vous en communique une rapide analyse.

Je ne parlerai que de l'estomac ; je laisserai donc de côté la tuberculose pulmonaire concomitante et les cavernes dont étaient creusés les deux sommets. Le cancer primitif s'était généralisé et peu d'organes y avaient échappé. L'intestin en particulier est criblé de petites tumeurs dont le volume varie d'un pois à une noisette. Les foyers secondaires sont surtout confluents sur les anses grêles, mais le côlon n'y échappe pas. Un de ces néoplasmes se trouvait à 25 centimètres environ de l'anastomose et sur l'anse jéjunale qu'elle oblitère en partie. Si la cachexie n'avait pas tué notre malade, une obstruction nouvelle était imminente au niveau de cette tumeur qui déjà laissait à peine une légère fente pour le passage du bol alimentaire.

Ce qui nous frappe, lors de l'ouverture de l'abdomen, c'est le volume normal de l'estomac ; au cours de notre laparotomie, nous l'avions trouvé descendant jusqu'à la vessie et l'on se rappelle l'énorme quantité de liquide et de débris alimentaires qu'il contenait. Maintenant il mesure ses dimensions habituelles : le cardia, la grande et la petite courbure, la face antérieure et la face postérieure, dans toute la portion qui est à gauche de l'anastomose, paraissent absolument sains ; on n'y rencontre aucune infiltration cancéreuse, et la séreuse, la musculeuse et la muqueuse sont sans altération appréciable. Or, cette portion saine, à gauche de l'anastomose, compte environ les trois quarts de l'estomac : l'anastomose, en effet, a été établie beaucoup plus près du pylore que du grand cul-de-sac.

La portion située à droite de l'anastomose est au contraire envahie ; on trouve, en arrière et en avant, des masses cancéreuses qui infiltrent les parois et se continuent en une virole rigide jusqu'au duodénum à peu près oblitéré par le tissu morbide jusqu'à

3 ou 4 centimètres au delà de l'estomac. Néanmoins il existe un petit orifice par où un stylet peut s'insinuer jusque dans l'intestin. Le néoplasme qui, lors de notre intervention, était distant de plusieurs centimètres de notre bouche artificielle, s'était peu à peu étendu jusqu'à elle et a même envahi un peu la lèvre droite du bout duodénal. Cependant l'anastomose est encore presque tout entière en tissu souple et ne se trouve nullement oblitérée par le cancer.

Au niveau de son abouchement à l'estomac, l'anse intestinale se coude à angle aigu et l'on a deux branches, l'une, le bout duodénal, qui va du pylore à l'anastomose et qui mesure de 35 à 40 centimètres ; ce bout, qu'on pourrait appeler « cæcal » parce qu'il se termine en cul-de-sac au niveau du pylore oblitéré par le cancer, reçoit la bile, le suc pancréatique et quelques parcelles alimentaires qui s'y engagent, non par le pylore obstrué, mais par l'orifice artificiel de l'estomac. Mais ces matières n'y stagnent certainement pas, car elles ne paraissent ni macérées, ni plus anciennes que celles des autres parties du tube intestinal. D'ailleurs, cette anse n'est pas dilatée et semblerait absolument normale, n'étaient les petits noyaux cancéreux qui l'infiltrent. Quant au bout jéjunal, il est bien calibré et n'a d'irrégulier que cette bride cancéreuse qui, vers le 25ᵉ centimètre, en ferme aux trois quarts la lumière.

Le traumatisme opératoire n'a laissé de trace en aucun point : la séreuse passe de l'estomac sur l'intestin sans discontinuité apparente, et à peine trouve-t-on, au niveau du sillon qui les sépare, un léger épaississement fibreux. Les fils transparaissent au-dessous ; le péritoine glisse sur eux, et lorsqu'on incise la séreuse d'un coup de pointe, le fil, sans adhérence, surgit pour ainsi dire et se déroule avec la couleur et la souplesse qu'il avait au moment de l'intervention. Du côté de la muqueuse, l'anastomose est aussi régulière : la demi-circonférence droite et inférieure est un peu soulevée, en un point, par un prolongement cancéreux, mais elle est encore un peu souple et porte sur son bord libre, absolument intacts et espacés de trois en trois millimètres, les fils muco-muqueux qui pendent, un peu noircis par les réactions chimiques. Mais pas un n'a ulcéré la portion de muqueuse qu'il étreint. La demi-circonférence inférieure n'a pas évidemment de fils : ceux-ci ont été noués en dedans ; elle forme comme un éperon saillant, semblable à celui qu'on rencontre à la bifurcation des artères, et la muqueuse stomacale se continue avec la muqueuse intestinale sans modification apparente.

Une première remarque que cette pièce nous inspire est le siège de l'anastomose : nous avions voulu la rapprocher du pylore pour



que le bol alimentaire sortît de l'estomac dans un point pas trop éloigné de son passage habituel. Nous n'avons pas eu à nous en repentir, puisque le résultat fonctionnel a été excellent, et puisque le cancer n'a pas assez progressé pour oblitérer la bouche stomacale. Mais si notre opérée eût vécu plus longtemps, le néoplasme aurait pu envahir et obstruer l'orifice artificiel. Il faut donc tenir compte de cette infiltration progressive et ne pas trop rapprocher l'anastomose du néoplasme.

Une deuxième remarque est la disparition totale de la dilatation : les dimensions de la poche étaient presque invraisemblables et l'organe descendait jusqu'à la vessie. Vous pouvez voir que l'organe a repris son volume habituel. Et ceci nous conduit à notre troisième remarque : l'anastomose faite sur la face antérieure et non sur la face postérieure comme le réclament certains opérateurs, n'a pas nui au résultat fonctionnel. Je n'ai pas bien compris les raisons théoriques que ces chirurgiens invoquent ; en tous cas, notre fait ne plaide pas en leur faveur et nous ne voyons pas quels résultats supérieurs eût pu donner une gastro-entérostomie postérieure.

Notre dernière remarque a trait à l'anastomose jéjuno-duodénale que Jaboulay recommande de juxtaposer à la gastro-entérostomie. Il craint l'accumulation de la bile, son reflux dans l'estomac, et non la pénétration du bol alimentaire dans le cul-de-sac duodénal aveuglé par le cancer du pylore. Ici encore le fait condamne l'hypothèse : nous n'avons rien observé pendant la vie qui puisse témoigner de cette rétro-dilatation, et à l'autopsie, l'anse duodénale s'est trouvée de calibre normal. Aussi condamnons-nous cette anastomose jéjuno-duodénale qui complique l'opération, allonge sa durée d'une manière très appréciable et, par conséquent, augmente les chances de choc et de collapsus qui trop souvent guettent le malade déjà cachectique.

M. Terrier. Messieurs, la gastro-entérostomie étant encore une opération assez exceptionnelle au moins en France, vous me permettrez, d'abord, de vous donner des nouvelles de l'opérée de gastro-entérostomie dont je vous ai lu l'observation l'année dernière et que je vous ai présentée dans la séance du 26 octobre 1892.

Cette femme, qui m'avait été adressée par M. le professeur Potain, fut opérée à Bichat le 5 juillet 1892.

En octobre 1892, elle pesait 66 kilogrammes ; or, le 6 février 1893, son poids était de 77 kilogrammes. C'est vous dire que son alimentation se fait bien et que sa santé est parfaite. Du reste, elle a pu reprendre ses occupations, assez fatigantes, de cuisinière.

Un point noir seul persiste toujours, c'est la tumeur épigastrique,

qui m'a semblé un peu augmentée de volume et qui, au toucher, paraît douloureuse. Parfois même, l'opérée ressent, à ce niveau, des douleurs spontanées, d'ailleurs peu intenses, dit-elle.

Depuis, j'ai pratiqué, presque *in extremis*, une autre gastro-entérostomie dont voici l'histoire abrégée, d'après les notes remises par mon interne, M. Malherbe.

D..., Aglaé, femme D..., 40 ans, entre à Bichat le 3 novembre 1892. Pas d'antécédents héréditaires; sa mère vit encore et a 77 ans. Parmi les antécédents personnels on peut noter : une scarlatine à 12 ans et l'apparition des règles à 13 ans. Mariée à 25 ans, Mme D... a eu quatre enfants, dont deux vivants encore.

Il y a dix-huit mois (en mai 1891), que la malade ressentit, pour la première fois, des douleurs vives à l'estomac, survenant après les repas; quatre mois après, vomissements, ou plutôt sorte de régurgitation après le repas et soulageant beaucoup la malade. L'appétit commence à diminuer notablement. En décembre 1891, les vomissements changèrent de nature, les aliments furent rejetés plus altérés et ayant une odeur putride d'œufs pourris.

La tumeur épigastrique apparut il y a six mois; elle était dure, peu douloureuse à la pression et du volume d'un œuf de poule. Dès lors, les vomissements survinrent plus souvent et même à jeun le matin; ils renfermaient parfois de la bile; mais il n'y eut jamais d'hématémèse, ni de melœna.

Ces accidents amenèrent, on le conçoit, un état cachectique très accusé, avec constipation opiniâtre et mictions fréquentes; les menstrues devinrent irrégulières et se supprimèrent presque tout à fait. Douleurs dans les flancs et les fosses iliaques, surtout le soir.

Lors de son entrée à l'hôpital, Mme D... était fort amaigrie; elle pesait 51 kilogrammes, alors qu'il y a un an, son poids était de 76 kilogrammes. Le facies est pâle, de teinte jaune paille, varices capillaires aux pommettes. En palpant l'épigastre, on constate l'existence d'une tumeur diffuse, en gâteau, et douloureuse à la pression; cette induration est plus nette à droite de la ligne médiane et offre là des nodosités, dont l'une, du volume d'un œuf de poule, semble répondre au pylore; une autre paraît être un ganglion induré, situé en bas et à gauche de la masse morbide. La partie principale de la tumeur paraît répondre à la face antéro-supérieure de l'estomac. Cette tumeur transmet à la main qui l'explore les battements de l'aorte abdominale Dilatation de l'estomac, mais pas de contractions péristaltiques intenses, comme dans les rétrécissemencs du pylore.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

Actuellement, la malade a totalement perdu l'appétit et a un dégoût profond de la viande et de la graisse.

La bouche et la langue sont sèches, avec sensation d'amertume constante.

Les urines rares (520 gr. en 24 heures) ont une densité de 1022 et renferment 11gr,50 d'urée. Pas de sucre, ni d'albumine.

Il y a quinze jours, un peu d'œdème des jambes, qui disparut par le repos, au moins en grande partie.

En résumé, état général très mauvais et presque cachectique.

L'opération, demandée avec instance par la malade, fut faite le 12 novembre 1892.

Anesthésie au chloroforme par le Dr Bourbon, aidé par mon collègue et assistant, le Dr H. Hartmann.

Incision d'abord sus-ombilicale, qu'il me fallut prolonger au-dessous de l'ombilic. Le ventre ouvert, on constate facilement une néoformation maligne du pylore et de la grande courbure de l'estomac. Celle-ci adhère, d'une façon presque intime, avec le côlon transverse; entre ces deux viscères, l'épiploon est induré, épaissi, avec des noyaux de dégénérescence carcinomateuse. Or, il me fallut inciser directement devant moi, ce tissu induré, jusqu'à 4 ou 5 centimètres de profondeur; les vaisseaux intéressés furent pincés et liés à mesure. Enfin j'arrivai au paquet d'intestin grêle. Il me fut assez facile de trouver le jéjunum et je l'attirai par l'ouverture faite à l'épiploon, jusqu'à la grande courbure de l'estomac. Notons que ce dernier organe, adhérent de tous côtés et surtout en arrière, du côté de la colonne vertébrale, ne pouvait être abaissé, il fallait donc amener l'intestin grêle jusqu'à lui. Le seul contact possible est celui de la face antérieure de l'estomac près de la grande courbure. Je n'avais nullement le choix de mon lieu d'anastomose gastro-intestinale. L'estomac maintenu d'un côté, l'intestin grêle fut donc amené sur sa face antérieure et parallèlement à elle.

J'utilisai le procédé de suture que j'ai déjà décrit ici lors de la communication de ma première opération de gastro-entérostomie; je n'y reviendrai donc pas [1].

La première série des sutures séro-séreuses consista en 12 points de sutures de fine soie, qui furent serrés de suite.

La deuxième série, tampons séro-séreux, fut placée, il y en avait 20, elle ne fut pas serrée. J'incisai ensuite le jéjunum, parfaitement vide, puis l'estomac, non lavé antérieurement et qui ne renfermait guère que des gaz. La suture des deux muqueuses — stomacale et intestinale — fut pratiquée à points passés, d'abord sur une des lèvres de l'incision, puis sur l'autre. C'est alors que fut serré le deuxième plan de sutures séro-séreuses.

Toilette péritonéale et suture de la paroi à deux étages seulement, le péritoine pariétal et les plans aponévrotiques étant réunis ensemble à la soie. Les téguments furent unis par le crin de Florence.

Pansement avec deux compresses stérilisées et avec l'ouate stérilisée.

L'opération dura environ une heure, et le temps le plus long et le plus difficile a été celui de la recherche de l'intestin grêle à travers l'épiploon induré, épaissi et dégénéré.

[1] Voyez *Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, 1892, p. 638.

L'opérée se réveilla facilement; pas de vomissements dans la journée. Le soir, température 37°,2, pouls 124. Respiration 34. 500 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures.

13 *novembre*. Température 37°,4, pouls 122, respiration 28. L'état général était bon; la malade ne se plaignait plus de l'estomac et n'avait pas vomi.

A cinq heures du soir, l'état s'aggrave subitement; la température atteint 38°,2, le pouls est petit et incomptable presque; la respiration se ralentit et la malade meurt dans la soirée.

Pas de vomissements, pas de douleurs abdominales, pas de ballonnement du ventre, même après la mort.

Malheureusement, l'autopsie ne put être faite; mais il est à peu près certain que l'opérée, épuisée par deux ans de maladie, n'a pu résister aux suites de l'opération; notons cependant qu'il n'y a pas eu, à proprement parler, de choc opératoire appréciable et que cette mort rapide, comparable à celle qu'a observée notre collègue, M. Ch. Monod, tient à l'état général des opérés.

Loin donc de condamner l'opération de gastro-entérostomie, comme aurait tendance à le faire M. Ch. Monod, ces faits ne prouvent qu'une seule chose, c'est que, si les opérés, même cachectiques, résistent assez bien au traumatisme, que nécessite la gastro-entérostomie, cette résistance sera plus parfaite lorsque les médecins, plus confiants dans les ressources de la chirurgie, nous adresseront les malades dès le début de l'affection; lorsqu'ils comprendront mieux qu'on peut tenter beaucoup, chez les malades atteints de néoformation ou de rétrécissement pylorique, qui sont fatalement condamnés à une mort rapide et qui peuvent être ou guéris, lors de rétrécissements inflammatoires, ou prolongés, avec un état général très supportable; tel est le cas de la malade de ma première observation.

Pour moi donc, le diagnostic de tumeur ou de rétrécissement pylorique étant porté, la gastro-entérostomie reste une excellente opération, qui peut être curative dans les rétrécissements inflammatoires, ou palliative, lors de rétrécissements carcinomateux.

Le lavage de l'estomac eût été inutile, ce qui tient probablement au fait qu'il n'était pas très dilaté, et que la structure pylorique n'était pas trop marquée. C'est là un point à élucider.

2° *Du faux ballottement rénal.*

M. Le Dentu. Dans la dernière séance, M. Tuffier, à propos d'une cholécystotomie, vous a dit que l'examen de sa malade lui avait fait percevoir une sensation tout à fait semblable à celle qu'on a

désignée sous le nom de ballottement rénal. A l'occasion de cas analogues, j'ai justement fait une clinique il y a quinze jours sur le *faux ballottement rénal.* Permettez-moi de vous communiquer les faits sur lesquels je me suis appuyé pour mettre mes auditeurs en méfiance à l'endroit d'un signe qui serait fréquemment trompeur si on voulait lui conserver la signification exclusive qu'il a eue jusqu'ici.

Mon premier cas remonte à 1891. Il figure dans mes *Études de clinique chirurgicale* (p. 282) sous ce titre : « *Lithiase de la vésicule biliaire coexistant avec un cancer des voies biliaires et du foie. Diagnostic obscur; incision exploratrice. Extraction de calculs multiples de la vésicule.* » Il est dit dans l'observation que la tumeur ne pouvait pas être repoussée vers la fosse lombaire au point de venir occuper celle-ci; mais, quoiqu'il ne soit pas fait mention de cette particularité qui n'avait pas suffisamment attiré mon attention, je me souviens très bien qu'en faisant la manœuvre d'exploration habituelle, on percevait une sorte de ballottement qui rejetait vers la paroi abdominale antérieure la tumeur formée par la vésicule biliaire et par les portions voisines de l'épiploon.

Dans un deuxième cas, beaucoup plus récent, le ballottement était bien plus net. Chez la malade il existait sous le foie une tumeur qui paraissait se prolonger en arrière jusque dans la fosse lombaire. Le ballottement était manifeste; aussi, en dépit de plusieurs autres signes plus favorables à l'hypothèse d'une tumeur rénale (siège élevé de la tumeur, connexions étroites avec le foie dont elle suivait le déplacement pendant l'inspiration et l'expiration), il y eut désaccord entre ceux qui furent appelés à formuler un diagnostic, et pour mon compte, après avoir beaucoup hésité, je penchai plutôt vers la tumeur rénale à cause du ballottement. Je présentai cependant l'opération comme devant être avant tout exploratrice. En réalité, la tumeur était constituée par l'épiploon induré et par une anse tortueuse du côlon adhérente à l'épiploon et au foie. La vésicule biliaire, très rétractée, se cachait derrière les exsudats qui agglutinaient les parties réunies en une masse unique.

Je dus me borner à dégager l'intestin autant que possible et à réséquer quelques portions d'épiploon. Une diminution notable se manifesta ultérieurement dans les portions de cette tumeur d'origine inflammatoire qui n'avaient pas été enlevées. Il s'agissait en somme d'un ancien foyer de périhépatite.

Ce cas me fit réfléchir et me mit en garde contre des erreurs ultérieures. Deux fois depuis lors j'ai pu tirer parti de l'expérience qui en était résultée pour moi.

Dans le courant du mois de novembre 1892, entra dans mon service une femme portant une tumeur sous-hépatique sans que des symptômes antérieurs permissent de diagnostiquer du premier coup une cholécystite calculeuse. On percevait un ballottement très net. J'affirmai que le rein n'était pas en cause et que la tumeur était formée par la vésicule distendue, mais masquée par de l'épiploon adhérent et induré. J'avais raison. Dans le cours de la laparotomie que j'ai pratiquée, j'ai extrait de la vésicule distendue 14 calculs gros comme de petites noisettes; mais je constatai aussi que la face supérieure du foie était parsemée de noyaux cancéreux que rien ne m'avait fait soupçonner. Les douleurs étaient dues uniquement à la lithiase biliaire; car elles cessèrent de suite après l'opération.

La malade, entièrement guérie depuis plusieurs semaines, succomba au développement du cancer hépatique qui avait rapidement donné lieu à un ictère intense et à une phlébite des deux membres inférieurs.

Enfin tout récemment j'ai opéré une malade atteinte de tumeur sous-hépatique et chez laquelle il y avait également du ballottement. J'ai trouvé dans la vésicule un calcul du volume d'un marron et, au voisinage de la vésicule, de l'épiploon adhérent. Cette femme est actuellement en voie de guérison. Les suites de la laparotomie ont été très simples.

De ces quatre cas il ressort que des tumeurs situées au-dessous du foie et en avant du rein peuvent être prises pour des tumeurs rénales, parce qu'elles donnent lieu à un ballottement tout à fait identique au ballottement rénal. Il va de soi que l'erreur n'est possible que si les malades ne présentent pas des signes certains de lésions du foie ou de la vésicule biliaire. L'hésitation n'est possible que dans les cas à symptômes peu accusés, soit du côté du foie, soit du côté du rein.

Ce faux ballottement rénal doit pouvoir se manifester aussi bien à gauche qu'à droite et à la suite de lésions autres que des affections du foie, de la vésicule ou de la zone voisine. En un mot, il n'est pas en connexion exclusive avec la cholécystite et la périhépatite. Toute tumeur dépendant de l'épiploon, du gros intestin, de la rate, peut lui donner naissance, à condition que cette tumeur tende à se mettre en contact avec la paroi abdominale postérieure, en même temps qu'elle pointe en avant. Il y a peut-être une autre condition nécessaire, c'est que le rein soit un peu déplacé par en bas. Ce déplacement jouerait alors un certain rôle dans la production du ballottement; l'organe déplacé servirait d'intermédiaire entre la main qui imprime les chocs par derrière et la tumeur extra-

rénale qui les transmet par devant; mais je ne suis pas encore en mesure d'être affirmatif à cet égard.

Le signe désigné sous le nom de *ballottement rénal* n'a donc pas une valeur pathognomonique. Il faut qu'il soit corroboré par d'autres signes des tumeurs rénales pour garder une grande importance. Toute contradiction entre les symptômes présentés par les malades doit le faire considérer comme suspect.

En ce qui concerne les tumeurs rénales, je m'attache de plus en plus aux particularités suivantes :

Elles tendent à descendre vers la fosse iliaque en se rapprochant de la ligne médiane.

Sauf le cas de développement très notable, elles ne sont pas en contact habituel et direct avec la paroi abdominale antérieure.

Elles se laissent refouler très bien ou assez facilement vers la fosse lombaire, même lorsque le rein est très déplacé avec elles.

Elles ne suivent pas ordinairement les mouvements de la respiration.

En revanche les tumeurs sous-hépatiques ne sont pas séparées du foie par une zone libre et sonore.

Elles suivent les mouvements de la respiration.

Quand les malades sont couchés tout à fait à plat, elles remontent davantage vers les fausses côtes, et on les voit alors faire une saillie plus marquée derrière la paroi abdominale antérieure.

On ne peut parvenir à refouler dans la fosse lombaire la portion qui semble accolée à la paroi abdominale.

Les mêmes remarques sont applicables aux tumeurs développées dans la rate ou dans son voisinage immédiat et indépendantes du rein gauche.

M. Reclus. Aux faits cités par M. Le Dentu, je puis joindre l'observation suivante: une femme présentait des phénomènes d'appendicite, mais, chez elle, la fosse iliaque était libre. En revanche, il existait un empâtement dans la région lombaire, et l'on percevait le ballottement rénal. L'opération démontra qu'il s'agissait bien d'une appendicite. L'appendice perforé avait déterminé un phlegmon de voisinage et la formation d'une tumeur dans la région rénale.

Lectures.

M. Monod lit une note de M. Bousquet (de Clermont-Ferrand), membre correspondant, relative au traitement des corps étrangers articulaires par l'arthrotomie.

Corps étranger articulaire. Extraction. Guérison,
par le Dr H. Bousquet (de Clermont-Ferrand), membre correspondant.

Le nommé T..., âgé de 28 ans, vient me consulter pour un corps étranger de l'articulation du genou gauche.

A l'âge de 18 ans, ce jeune homme a fait une chute sur le genou gauche qui a été douloureux pendant plusieurs semaines; pas d'interruption de travail. Quatre ans plus tard, au service, nouvelle chute sur le genou, et, cette fois, le traumatisme est suivi d'hydarthrose. Un an après, T... s'est aperçu qu'il avait un corps étranger extrêmement mobile qui pénétrait parfois au-dessous de la rotule, arrêtait immédiatement la marche et, de plus, entretenait une hydarthrose.

Ce corps étant extrêmement mobile, il m'était facile de le conduire dans le point le plus déclive de la partie externe de la synoviale, tout à fait au niveau de la tête du péroné; là, il se trouvait pour ainsi dire sous la peau. Aussi, les précautions d'asepsie ordinaires étant prises, sans recourir à aucun anesthésique, je pratiquai à un centimètre environ en avant du biceps, parallèlement à son tendon et directement sur le corps étranger que fixaient les doigts de la main gauche, une incision de 0,03 centimètres environ. Le corps étranger sortit avec la plus grande facilité; je pressai avec la main sur toute la synoviale pour permettre à une certaine quantité de synovie de sortir. La plaie fut réunie par 3 points de suture au crin de Florence, et huit jours après, la guérison était complète.

Le corps étranger enlevé paraît formé par un fragment de cartilage détaché dans les traumatismes subis par le genou. Il a la forme d'une petite rotule de 0,015 millimètres de diamètre. Une de ses faces, celle qui est sphérique, est lisse, l'autre absolument plane et rugueuse.

De cette observation je conclus qu'il est absolument inutile de faire une grande incision pour extraire un corps étranger mobile du genou, et que, convenablement conduite, cette petite opération est aussi bénigne que possible. Huit jours d'immobilisation avec un pansement convenable suffisent à assurer la guérison opératoire. Le retour des mouvements *ad integrum* est ensuite une question de temps.

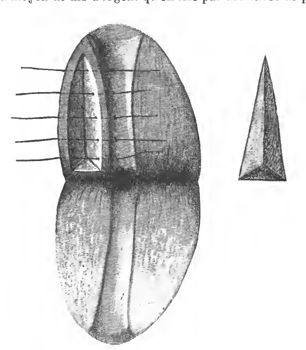
Communication.

Nouvelle opération applicable à la sténose congénitale du col de l'utérus.

Par M. Pozzi.

Cette opération qu'on peut dénommer: *Evidement commissural du col,* comprend les temps suivants: 1° Section bilatérale du

col avec les ciseaux, d'où formation de deux valves antérieure et postérieure; 2° Excision sur les parties latérales de chacune des lèvres de l'incision d'un lambeau prismatique et triangulaire; 3° Suture de la muqueuse externe avec la muqueuse du canal cervical au moyen de fils d'argent qu'on fixe par des tubes de plomb.



On évite ainsi la reproduction du rétrécissement. Depuis quatorze mois, M. Pozzi a pratiqué quatre fois cette opération; deux des malades ont été revues par lui, et, chez elles, le résultat avait persisté.

Discussion.

M. Marchand. Je ne vois pas en quoi l'opération de M. Pozzi diffère de celle de Schrœder; en outre, si le rétrécissement siège au-dessus de l'orifice inférieur du col, l'opération de M. Pozzi ne saurait être suffisante.

M. Pozzi. Il est bien évident que l'opération dont je parle ne peut s'appliquer aux obstacles situés au-dessus de l'orifice inférieur du col, mais elle est totalement différente de celle de Schrœder, dans laquelle il n'existe qu'un seul lambeau excisant la muqueuse que je respecte avec soin.

M. Segond. Il me semble que l'opération pratiquée par M. Pozzi place le col dans une situation analogue à celle que crée la déchirure de l'organe au moment de l'accouchement et à laquelle on cherche à pallier par l'opération d'Emmet. N'y a-t-il pas là un inconvénient? Et quelle est la supériorité de ce procédé sur la simple amputation du col par le procédé de Schrœder?

M. Pozzi. Je n'ai parlé que des cas de rétrécissement congénital siégant au niveau de l'orifice inférieur du col. L'amputation biconique peut échouer alors, parce qu'il peut y avoir reproduction d'une sténose consécutive si la réunion des lambeaux n'a pas été parfaite. Je crois utile de prolonger dans ces cas l'affrontement des surfaces muqueuses dans une certaine hauteur le long des parties latérales du col au moyen de l'évidement conoïde dont j'ai donné la description. Comme le dit M. Segond, en opérant ainsi, on crée une situation analogue en apparence à celle qui résulte de la déchirure spontanée du col pendant l'accouchement. Mais dans ce dernier cas, ce qui donne à la déchirure son importance, c'est la présence de ce tissu cicatriciel auquel Emmet donne le nom de *cheville cicatricielle;* en outre, ces déchirures étendues du col coïncident habituellement avec des métrites chroniques et des tensions ou déchirures cachées du releveur de l'anus ayant amené de l'abaissement ou de la déviation. En rétablissant la forme normale du col, Emmet espère une amélioration qui résulte surtout de l'excision du tissu de cicatrice. Dans l'opération que je préconise, les circonstances sont tout autres; le processus réparateur étant aseptique, il y a guérison par première intention, et, par suite, absence de tissu cicatriciel. Enfin il n'y a pas à tenir compte ici de la *métrite* ou des modifications statiques dues à un accouchement laborieux, puisqu'il s'agit de nullipares stériles.

Communication.

Sur la lithotritie périnéale et le traitement des calculs vésicaux dans le cas de rétrécissement de l'urètre,

Par M. Bazy.

Le mot de lithotritie périnéale éveille dans l'esprit le souvenir de l'opération de Dolbeau, opération assez simple qui a pu, à un moment donné, entre les mains de son inventeur et d'autres chirurgiens, donner des résultats supérieurs à ceux de la taille périnéale, mais qui a disparu de la pratique habituelle, après la mort de son inventeur, d'une part parce qu'il n'était plus là pour la

défendre et la protéger, d'autre part parce que, quelque temps après sa mort, la lithotritie faisait un pas de géant et entraít dans une voie nouvelle, grâce à l'admirable méthode de Bigelow.

La lithotritie périnéale, telle que l'avait imaginée Dolbeau, était destinée à remplacer la taille dans des cas où le calcul était trop volumineux pour être justiciable de la lithotritie, dont les limites étaient assez restreintes à l'époque où Dolbeau imaginait et pratiquait son opération.

Aujourd'hui, l'extension que peut donner à la lithotritie le chirurgien habitué aux manœuvres intra-vésicales et, d'un autre côté, la facilité et la bénignité de la taille hypogastrique, ont fait oublier, à juste titre, selon moi, la lithotritie périnéale, telle que l'avait conçue son auteur.

Si je viens en parler, ce n'est donc pas pour la faire revivre sous la forme et avec les indications tracées par Dolbeau; je me place à un autre point de vue, et si j'emploie dans le cas dont je vais parler l'expression de lithotritie périnéale, c'est que j'ai effectivement fait la lithotritie par le périnée, c'est-à-dire que j'ai introduit l'instrument à travers une boutonnière faite au périnée.

L'incision périnéale remplissait ici un double but : 1° celui d'inciser et de traiter un rétrécissement périnéal; 2° celui de me permettre de passer dans la portion rétro-stricturale de l'urètre les instruments destinés à broyer et à évacuer un calcul phosphatique formé dans la vessie.

Obs. I. — Ma première opération date maintenant de près de huit ans; elle a été faite, avec le concours de mon ami Jarjavay et le docteur Reuss, sur un homme de 34 ans qui avait eu, sept ans auparavant, une infiltration d'urine qu'on avait traitée en province par l'expectation. L'année suivante il était venu à Paris pour se faire traiter et guérir d'un rétrécissement périnéal compliqué d'une fistule urinaire; il était entré à Necker où on lui avait fait la dilatation et cautérisé la fistule sans la guérir. Il était rentré chez lui, s'était sondé de temps en temps; puis avait fini par se négliger, et finalement en était revenu à son point de départ avec cette aggravation cependant qu'il avait une cystite très grave, avec retentissement rénal, et que cette cystite s'était compliquée de la présence d'un calcul dans la vessie, sur lequel venait frotter la bougie filiforme qui pouvait seule passer dans le rétrécissement.

L'existence d'une fistule au niveau d'un rétrécissement, assez courte et presque ovalaire, et la forme même de ce rétrécissement me firent adopter le plan opératoire suivant :

Excision du trajet fistuleux et, autant que possible, du tissu induré entourant la fistule et formant le rétrécissement, ainsi que le pratiquait notre regretté collègue M. Horteloup, passage du lithotriteur à travers la boutonnière ainsi faite, broiement, évacuation et aspiration de frag-

ments toujours par le même orifice. C'est effectivement ce que je pus faire facilement, l'opération ne présenta qu'une particularité, c'est que le broiement dut être fait presqu'à sec, la vessie s'étant révoltée dès les premiers moments et ayant expulsé à peu près toute l'urine qu'elle contenait, et cela d'autant plus facilement que le sphincter membraneux n'avait plus toute l'énergie qu'il eût dû avoir, forcé qu'il avait été par la présence du rétrécissement.

La vessie fut lavée et nettoyée à fond, une grosse sonde à demeure fut placée, passant à travers la boutonnière périnéale; elle devait permettre de faire de nombreux et abondants lavages de la vessie.

Elle fut enlevée au quatrième jour. La plaie périnéale fut pansée antiseptiquement; l'urine s'écoula librement par cette plaie; peu à peu celle-ci se rétrécit, on passa des Béniqué à partir du quinzième jour et finalement la plaie périnéale était guérie au bout d'un mois: le canal laissait facilement passer une bougie n° 19 de la filière Charrière.

Le retour à la santé fut complet. Depuis, j'ai appris que le malade était mort quelques années après, je crois, d'une néphrite infectieuse.

Obs. II. — En mai 1891, je suis appelé à voir un homme de 43 ans, M. C. qui souffrait de sa vessie depuis plusieurs années, mais depuis déjà plusieurs mois il souffrait beaucoup plus; il ne s'était décidé, qu'après de longues remontrances de la part de sa famille, à voir un chirurgien; il professait cette idée que tous les maux pouvaient et devaient guérir par des médicaments, et c'est ainsi qu'il avait eu recours à l'homéopathie, à la dosimétrie et à l'électrothérapie. On l'avait électrolysé lui aussi, on va voir avec quel succès; quand je le vis, il ne se levait plus depuis deux mois, urinait involontairement sous lui, de sorte que, quand on le découvrait, on était immédiatement suffoqué par une odeur d'urine ammoniacale au milieu de laquelle il vivait, malgré les soins minutieux de propreté dont on cherchait à l'entourer. C'est avec les plus grandes peines du monde que je parvins à l'examiner : il désirait recevoir de moi des soins sans que j'eusse à le toucher : du moment que l'électricité ne l'avait pas guéri, rien ne pouvait le guérir; je parvins néanmoins à m'assurer que la vessie était assez distendue; elle était paralysée, et il ne la vidait guère que par regorgement.

L'exploration du canal me révéla une série de rétrécissements ne laissant passer que le n° 12 de la filière Charrière, échelonnés le long de la portion périnéale et scrotale du canal, et au niveau de la partie moyenne du périnée, un rétrécissement ne laissait passer qu'une bougie filiforme qui, arrivée dans la vessie, me permit de sentir un frottement dû à un calcul phosphatique.

J'aurais voulu essayer la dilatation : mais le malade ne voulut à aucun prix en entendre parler. Je crois, étant donné la dureté des rétrécissements que je constatai plus tard, qu'elle eût été insuffisante, et dès lors inutile, et je m'arrêtai au plan opératoire suivant, sous le bénéfice du chloroforme.

Inciser l'urètre au niveau du dernier rétrécissement, exciser celui-ci,

broyer et enlever le calcul ; puis urétrotomiser les rétrécissements périnéens et scrotaux, suturer la plaie périnéale et mettre pendant quelques jours, une sonde à demeure.

C'est ce que je fis à la maison de santé de la rue Oudinot, avec le concours du docteur Grenier. Le chloroforme fut particulièrement difficile, ce malade étant un névropathe. Le plan opératoire fut suivi de point en point. Je ferai seulement deux remarques : la première, c'est que je fis le broiement et l'extraction de la pierre avec une pince à polype longue et mince, l'introduction du lithotriteur fut inutile ; la seconde, c'est que je fis l'urétrotomie interne avec l'instrument de Civiale. Je lavai énergiquement la vessie et mis une sonde à demeure n° 19, que je laissai pendant quatre jours, après avoir fait une suture de l'urètre.

La plaie périnéale, une fois la sonde enlevée, laisse passer pendant quelques jours de petites gouttes d'urine ; mais elle se ferme complètement. Le malade dut ensuite se sonder une fois par jour, parce que sa vessie ne se vidait pas complètement. Tant que je pus le surveiller, il le fit ou je le fis régulièrement ; mais dès qu'il fut livré à lui-même, il demanda à l'homéopathie un remède pour rendre à sa vessie son énergie première et ne voulut plus entendre parler de se sonder. Ses urines n'étaient pas absolument aseptiques quand il me quitta, il dut se sonder lui-même pendant quelques jours peu aseptiquement, puis ne se sonda plus du tout ; il fut obligé de revenir me voir au bout de six mois. Il souffrait de nouveau, mais beaucoup moins cependant qu'auparavant et n'avait plus d'incontinence. Une sonde destinée à évacuer la vessie me fit percevoir un frottement ; je pus, après chloroformisation, lui passer quelques bougies dilatatrices, puis lui introduire un petit lithotriteur, une sonde évacuatrice n° 21 et le débarrasser d'un petit calcul phosphatique. Le passage de ces instruments se fit facilement. Depuis, malgré ses protestations et ses affirmations qu'il devait y avoir des remèdes pour rendre à la vessie son énergie première, il a consenti à se sonder ; les urines étaient restées limpides ; mais j'ai depuis appris qu'il avait envisagé sa situation sous un jour sombre, la nécessité de se servir de la sonde lui parut humiliante : il devint lypémaniaque, quoique ses urines fussent toujours limpides, et il est mort au bout d'un an, ne voulant recevoir personne, ne voulant pas manger et finalement ne voulant plus quitter son lit.

La coïncidence des calculs et des rétrécissements du canal n'est pas une exception (actuellement je soigne un malade dans ces conditions ; et son rétrécissement date de loin, puisqu'il a été soigné par Ségalas) de sorte que la conduite à tenir a pu être quelquefois tracée et, dans tous les cas, doit l'être. Quand on peut faire la dilatation du rétrécissement, la question reste simple, du moins pour ceux d'entre nous qui ont l'habitude de la lithotritie. Le volume du calcul, dans ce cas, est de peu d'importance, surtout quand il s'agit, comme cela arrive souvent, de calculs phosphatiques et, par conséquent, friables. C'est en effet à la lithotritie qu'il

faut avoir recours : c'est ainsi que, pour ne citer qu'un exemple frappant, je me suis comporté il y a quelques années, vis-à-vis d'un malade atteint d'un rétrécissement, ne laissant passer que le nº 9 de la filière Charrière, et chez lequel j'eus à broyer un calcul phosphatique mesurant 6 centimètres dans un de ses diamètres.

Mais quand les rétrécissements sont trop peu dilatables, pour laisser passer les instruments nécessaires au broiement et à l'évacuation, quand les rétrécissements se compliquent de fistules, quand ils se compliquent d'indurations dont il y aurait intérêt à débarrasser le malade, la conduite à tenir devient plus difficile. On se trouve en présence de plusieurs modes d'intervention. On peut en effet : 1° pratiquer l'urétrotomie interne et faire, soit séance tenante, soit ultérieurement, la lithotritie ; 2° faire l'urétrotomie externe ; 3° combiner les deux urétrotomies, l'interne et l'externe ; 4° enfin faire la taille hypogastrique, soit seule, soit combinée avec des opérations dirigées sur l'urètre.

Examinons chacun de ces points :

L'urétrotomie interne seule ne me paraît applicable qu'aux rétrécissements *étendus* et dont l'incision donnera des tissus suffisamment souples pour permettre l'introduction d'instruments coudés comme l'est le lithotriteur. La nécessité d'introduire cet instrument coudé constituera pour moi une contre-indication à la lithotritie faite immédiatement après l'opération de l'urétrotomie. Je sais que des chirurgiens américains ont préconisé cette manière de faire et qu'ils n'ont pas craint de faire des incisions intra-urétrales pour faciliter l'introduction, séance tenante, des instruments ; mais il ne faut pas oublier qu'il s'agissait dans ces cas de rétrécissements peu étroits et peu étendus, que par suite les incisions étaient petites, trop petites, ce me semble, pour permettre à leurs gros instruments de s'insinuer entre les deux lèvres de la plaie et de faire ainsi une fausse route. Ils ne pouvaient tout au plus que distendre un peu la plaie et l'agrandir par déchirure ; mais cette déchirure ne peut, à cause de la souplesse et de l'élasticité des tissus qui sont conservés, s'étendre bien loin.

En France, nos habitudes sont tout autres, et nous n'avons pas coutume de traiter par l'incision des rétrécissements que le passage de quelques bougies peut assouplir et rendre suffisamment perméables.

C'est pourquoi je pense qu'il faut, si l'on fait l'urétrotomie interne, ne se livrer à d'autres manœuvres sur les voies urinaires que lorsque la plaie de l'urétrotomie interne sera solide, et qu'on aura tâté en quelque sorte la dilatabilité du canal ; si celui-ci se laisse dilater, la lithotritie pourra encore être appliquée, sinon,

c'est à une autre opération sanglante qu'il faudra avoir recours. Mais dans ce cas-là on n'aura rien perdu, puisque l'urétrotomie interne était quand même indiquée, et par l'étendue et par le siège des rétrécissements ; l'opération aura été faite en deux temps au lieu d'être faite en un temps.

L'urétrotomie externe me paraît applicable à tous les cas où il existe un rétrécissement limité, surtout périnéal, capable d'être excisé avec profit et dont l'excision pourra être suivie de la suture des deux bouts de l'urètre ; elle convient encore aux rétrécissements compliqués de fistules ou d'indurations et de callosités dont l'excision est indiquée.

On pourra et on devra y adjoindre l'urétrotomie interne si la partie pré-stricturale de l'urètre est rétrécie.

La section externe de l'urètre serait évidemment suivie de la lithotritie et ce n'est qu'après broiement, évacuation de la pierre et nettoyage de la vessie à fond qu'on terminerait l'opération par la suture, s'il y avait lieu.

Les indications de la taille hypogastrique ne seraient tirées, à mon avis, que de la grosseur et de la dureté du calcul ; exactement comme cela se passe pour les calculs non compliqués de rétrécissements. On pourrait cependant se demander s'il n'y aurait pas intérêt, quand on fait une opération sur l'urètre, à faire la taille hypogastrique qui aurait pour but, d'abord de retirer le corps étranger, quel que soit du reste son volume et sa dureté, quand même il serait petit et friable, mais surtout de dévier le cours des urines pendant le temps nécessaire à la cicatrisation de la plaie urétrale. Il faudrait, dans ce cas-là, évidemment établir un drainage abdomino-vésical pendant 4 à 5 jours et proscrire la suture totale de la vessie.

J'avoue que cette manière de voir n'aurait pas mon approbation, d'une part, parce que mes deux faits plaident contre cette opinion, et ensuite je ne vois pas l'avantage qu'on en retirerait ; on serait, quand on voudrait faire fermer la plaie hypogastrique, dans la nécessité de mettre une sonde à demeure et de la laisser séjourner pendant un temps certainement plus long que cela n'eût été nécessaire avec une simple urétrotomie externe suivie ou non d'urétrorraphie : on risque par conséquent dans ces cas-là d'infecter la plaie urétrale, non encore complètement cicatrisée et d'empêcher une bonne réunion ; car il me paraît plus facile de faire l'asepsie de la vessie après l'urétrotomie externe suivie de lithotritie qu'après une taille suivie du drainage de la vessie.

C'est donc quand le volume et la dureté du calcul ne s'opposent pas à l'urétrotomie externe suivie de la lithotritie, c'est-à-dire à la lithotritie périnéale, qu'il faut avoir recours. On remplit un double but :

1° on vise le rétrécissement et on rétablit le calibre du canal; 2° on débarrasse la vessie d'un corps étranger, et cela sans augmenter le traumatisme, avec le minimum du traumatisme et du danger.

Discussion.

M. Th. Anger. M. Bazy ne fait pas allusion dans son travail au volume de la prostate; c'est là cependant un point fort important. Si la prostate est grosse, la lithotritie périnéale est impossible; j'ai vu Dolbeau lui-même échouer en pareil cas. En effet, dans les cas d'hypertrophie prostatique, la dilatation du canal à son niveau est impossible; aussi vaut-il mieux, en pareil cas, recourir à la taille hypogastrique. Au contraire, si la prostate est petite, on peut employer la lithotritie périnéale.

M. Bazy. Je le répète, je n'ai point entendu parler ici de la lithotritie périnéale dans le sens où la comprenait Dolbeau, mais bien d'nne lithotritie faite par le périnée dans les cas de rétrécissement de l'urèthre, ce qui est absolument différent, puisque, dans ce dernier cas, il n'y a point à faire de dilatation de la prostate.

M. Ricard donne lecture d'une observation relative à un volumineux *spinabifida de la région lombaire; extirpation; guérison.*

(Commission: MM. Peyrot, Reynier et Picqué, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 15 février 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Félizet, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° *Traité de pathologie externe*, par MM. Poulet et Bousquet. Deuxième édition par MM. Ricard et Bousquet (3 vol. in-8°. Paris, 1893 (O. Doin);

4° M. Ozenne adresse, pour prendre part au concours du prix Ricord, un ouvrage intitulé : *Les Hémorrhoïdes.*

Communications.

1° *Néphrectomie et urétérectomie totale pour urétérite et pyonéphrose d'origine probablement typhique,*

Par M. Paul Reynier.

J'ai eu l'occasion, tout récemment, après une néphrectomie pour pyonéphrose, de pratiquer comme opération complémentaire, l'ablation totale de l'urétère du côté malade. Il s'agissait de remédier à des accidents, dus à des altérations graves de cet uretère, altérations que la néphrectomie n'avait pas suffi à faire disparaître. Comme c'est la première fois que je sache, que cette opération a été pratiquée, comme d'autre part les indications opératoires, auxquelles j'ai dû obéir, peuvent se représenter, j'ai pensé qu'il y avait intérêt, à faire connaître les motifs, qui m'ont décidé à intervenir, ainsi que le manuel opératoire, qu'après quelques tâtonnements j'ai cru devoir adopter comme le meilleur. Voici d'ailleurs l'observation *in extenso.*

Observation. — Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui est entré dans mon service à l'hôpital Tenon le 20 avril 1892, envoyé par mon ami le Dr Oulmont dans le service duquel il avait été reçu quelques jours auparavant.

Enfant de père et de mère bien portants, n'ayant jamais été malade, il était entré dans l'infanterie de marine le 31 juillet 1891.

Le 6 février, six jours après son incorporation il s'alitait, atteint de la fièvre typhoïde, qui sévissait alors à Brest sur l'infanterie de marine.

Pendant la fièvre il fut atteint de paraplégie des membres inférieurs, qui fut guérie par l'électricité.

Au mois de juin il quittait l'hôpital guéri et revenait à son corps. Deux mois après avoir repris son service militaire (août 1891), il était pris de maux de reins violents du côté droit, douleurs qui étaient survenues, nous dit-il, à la suite d'une chute qu'il fit en faisant le saut des pistes.

A partir de ce moment il fut pris d'accès de fièvres, qui survenaient irrégulièrement. Il eut alors quelques grands frissons. Il entra de nouveau à l'hôpital de Brest, où on constata pendant huit jours de l'albu-

mine dans les urines, puis du pus. En septembre 1891 il aurait eu un peu de prostatite? Et cependant nous devons dire de suite qu'il n'a jamais eu de blennorhagie, ni d'écoulement suspect. Interrogé à cet égard il a toujours été très affirmatif.

A partir de cette époque, mois de septembre 1891, le malade continua à uriner du pus en grande quantité sans polyurie notable (un litre et demi d'urine par jour). Cette pyurie n'était pas constante à chaque émission. A certains moments les urines étaient claires.

De plus le malade prétendait que toute miction était douloureuse. La douleur survenait au moment où il éprouvait le besoin d'uriner, puis pendant la miction, et durait cinq minutes après. Il n'a jamais toutefois uriné de sang, et n'a jamais eu d'écoulement de pus par le méat en dehors de la miction.

Tous les mois il avait pendant cinq, six jours des accès fébriles, la température montant entre 38 et 40°.

Il accusait des douleurs dans le flanc droit, douleurs spontanées, mais s'exaspérant par la pression.

Le malade très nerveux, très impressionnable était d'ailleurs très difficile à examiner. Dès qu'on palpait le flanc droit, les muscles abdominaux se contractaient, le malade se débattait, et l'exploration par suite restait très incertaine.

Cependant on pouvait constater une certaine voussure du flanc droit, une résistance profonde et un effacement de l'échancure de la fosse iliaque. C'est sur ces symptômes auxquels s'ajoutaient la douleur, les commémoratifs et l'écoulement de pus intermittent que nous crûmes pouvoir porter le diagnostic de pyonéphrose très probablement unilatérale. Du côté gauche on sentait le rein en place non douloureux, et autant la palpation était difficile à droite, autant elle était facile de ce côté.

Le nervosisme du malade était si grand que dans un autre hôpital où il s'était présenté, on n'avait cru qu'à une douleur hystérique. Hystérique en effet il était, car il avait eu des crises de nerfs, il avait de l'anesthésie pharyngienne; mais sa sensibilité cutanée était normale, et il n'avait pas de rétrécissement du champ visuel, ni de dyschromatopsie. Tous ces symptômes nous les avions recherchés, vu la difficulté du diagnostic.

Aussi tout en pensant à une pyonéphrose, nous proposâmes au malade de l'endormir pour compléter ce diagnostic, en l'avertissant que si sous le sommeil chloroformique notre diagnostic se confirmait nous interviendrions immédiatement.

Disons enfin qu'en dehors de ses accès de fièvre, l'état général du malade était très bon; il ne présentait aucune lésion du poumon, et rien qui put faire penser à une lésion tuberculeuse.

Le 27 avril 1892, après l'avoir endormi nous constatâmes une tuméfaction générale de la région rénale, avec ballottement bien sensible. Toutefois les limites du rein droit étaient impossibles à fixer très exactement.

Notre diagnostic confirmé par l'examen chloroformique, nous fîmes

une incision à huit centimètres de la ligne épineuse en dehors et parallèle à la masse sacro-lombaire, incision partant de la onzième côte, et aboutissant à la crête iliaque. Par cette incision nous arrivâmes sur l'atmosphère graisseuse du rein. Mais là nous nous trouvons en présence d'une difficulté inattendue. Il nous était impossible de sentir le rein, ou la tumeur, qu'on percevait beaucoup mieux par la palpation abdominale avant l'incision. Par le palper on avait la sensation d'une surface molle dépressible, comme le péritoine.

En faisant la recherche du rein, nous ouvrîmes le péritoine au niveau du foie; cette ouverture fut immédiatement fermée par un surjet au catgut.

Ayant peur d'ouvrir l'intestin, nous nous décidons alors avec un trocart fin à ponctionner cette masse dépressible, et nous retirons du pus. Décortiquant alors avec soin nous arrivons à séparer un véritable kyste purulent, limité en dedans par un peu de tissu rénal, et auquel viennent aboutir les vaisseaux rénaux, sur lesquels nous jetons une ligature au fil de soie. Nous pouvons alors facilement finir cette énucléation et nous nous rendons compte des difficultés que nous avons éprouvées pour reconnaître ce que nous voulions enlever. Nous nous trouvions en présence d'une pyonéphrose ayant transformé le rein en un kyste purulent cloisonné, à parois très minces communiquant en bas avec le bassinet très distendu et l'uretère de la grosseur de l'intestin. La difficulté éprouvée pour reconnaître cette tumeur, était due à ce que le contenu ne distendait pas les parois de la poche, qui fuyaient sous le doigt qui la palpait. Nous signalons en passant cette petite difficulté, que beaucoup d'opérateurs ont déjà eu avant nous, et que pour mon compte j'ai déjà eu dans une néphrectomie antérieure pour pyonéphrose.

Toujours est-il que le kyste rénal étant complètement isolé séparé des vaisseaux rénaux, nous le séparâmes de l'uretère en posant une ligature à la soie sur celui-ci, disséqué aussi bas que nous pûmes.

Nous fixâmes dans la plaie, à la partie inférieure l'uretère ainsi lié, et drainant la cavité due à l'ablation du rein avec de la gaze salolée, nous refermâmes le tout au moyen de sutures superficielles et profondes.

Les suites immédiates de l'opération furent très simples.

Immédiatement après son opération les urines devinrent claires. Mais ce ne fut que pendant deux jours. Dans la première journée le malade urina 1600 grammes, puis le lendemain 1700 grammes. Le malade n'eut pas de fièvre, mais se plaignit de douleurs abdominales très vives, ballottement du ventre, et quelques vomissements bilieux chloroformiques. Tous ces accidents furent mis sur le compte d'une parésie intestinale, et cédèrent le troisième jour à une purgation qu'on lui donna.

Le 5 mai, cinq jours après son opération, nous levons le pansement Il n'y a pas trace de suppuration, le malade ne souffre plus. On retire la drain de gaze salolée, il s'écoule un peu de sérosité sanguinolente.

Les urines sont de nouveau purulentes, et laissent déposer à la

partie inférieure du vase une couche de pus moins forte toutefois qu'avant l'opération.

L'état général est très bon.

9 mai. Deuxième pansement. Pas de suppuration.

15 mai. Les fils de soie qui liaient les vaisseaux sont tombés; toute la partie supérieure de la plaie, correspondant au rein, est cicatrisée. Le fil qui liait l'uretère s'est également détaché. A la partie inférieure de la plaie il existe une fistule par où s'écoule du pus, surtout lorsqu'on presse sur la fosse iliaque. En pressant on détermine une douleur assez vive qui correspond au trajet de l'uretère.

Depuis quelques jours le malade a de nouveau de la fièvre, des élévations de température le soir.

17 mai. Introduction d'une sonde molle de fort calibre dans l'orifice de l'uretère et grand lavage boriqué.

Ce lavage est renouvelé tous les jours.

Sous l'influence de ces lavages les urines redeviennent plus claires, et la fièvre disparaît.

27 mai. Les lavages ramènent toujours du pus en même quantité.

Voulant nous assurer que l'autre rein n'est pas pris, je pratique le 27 mai la cytoscopie.

Avec le cytoscope j'arrive à voir l'uretère droit, par où s'échappe d'une façon intermittente du pus. Du côté gauche l'uretère paraît ne rien laisser écouler. Avec une sonde fine j'arrive à catheteriser par l'orifice vésical l'uretère droit; et il s'échappe par la sonde du pus.

J'avais donc la preuve péremptoire que c'était toujours l'uretère resté en place, qui suppurait.

A la suite de cette exploration le malade eut le jour même un accès de fièvre urineuse avec frisson. Sous l'influence du sulfate de quinine pris à haute dose l'accès ne se renouvela pas.

Je dois dire que depuis son entrée il prenait en se reposant de temps en temps du salol à l'intérieur, et était au régime lacté.

Le 29 juin, malgré les lavages répétés, et renouvelés chaque jour de l'uretère, la suppuration ne diminuait pas. Cependant un fait nous frappait : les urines, certains jours étaient presque normales; puis tout d'un coup, sans raison, pendant quatre ou cinq jours, elles redevenaient purulentes.

Pensant devant ce symptôme que le rein opposé était sain, que cette suppuration était due à l'uretère resté en place, nous crûmes devoir intervenir de nouveau.

Le 29 juin, après avoir incisé de nouveau la cicatrice lombaire, nous détachons les adhérences déterminées par les sutures qui unissaient l'uretère et la plaie.

L'uretère, sur un trajet de 5 à 6 centimètres, fut disséqué dans une gangue fibreuse cicatricielle; mais ce tissu de cicatrice disséqué, il devint facile par la simple traction d'attirer hors la plaie 15 centimètres de ce canal, qui présentait le calibre d'une anse d'intestin grèle moyennement dilatée.

Avec le doigt introduit dans la plaie et suivant l'uretère ainsi libéré, on arrivait au niveau du détroit supérieur sur l'artère iliaque.

Pensant ne laisser qu'une portion très courte de l'uretère, et toujours imbu de l'optimisme des auteurs qui disent que les lésions de l'uretère, après néphrectomie, s'arrangent d'elles-mêmes, je crus devoir limiter là mon intervention, et amenant par traction le plus que je pouvais d'uretère, je priai mon interne de mettre une ligature aussi bas qu'il le pouvait.

Mais pendant que les manœuvres nécessitées par la pose de la ligature se faisaient, tout d'un coup l'uretère céda, se déchira, et tandis que le bout supérieur me restait dans les mains, le bout inférieur non lié rentrait dans le petit bassin, où il m'était impossible de le retrouver.

La dissection de l'uretère avait été longue et laborieuse, le malade était endormi depuis longtemps; après avoir inutilement cherché à retrouver le bout inférieur, considérant qu'il me restait dans les mains plus de 12 centimètres d'uretère joints à 6 centimètres que j'avais retirés à ma première opération, je résolus de remettre la recherche du bout inférieur à quelques jours de distance, et je me contentai de placer un drain dans le trajet occupé par la portion de l'uretère que j'avais enlevée.

30 *juin*. Le malade, dans les deux jours qui ont suivi s'est plaint de douleurs dans la fosse iliaque. Il n'a toutefois pas eu de fièvre.

1er *juillet*. Premier pansement par les drains, il sort un mélange de pus et de sang.

Les urines restent toujours aussi purulentes.

5 *juillet*. Le même écoulement de pus se produisant par la plaie et par les urines, je me décide à aller à la recherche du bout inférieur de l'uretère.

Croyant que la déchirure avait dû porter tout près de la vessie, et que le bout rétracté devait être au-dessous du détroit supérieur, je résolus d'aller aborder la face postérieure de la vessie par l'incision préconisée par Roux pour l'ablation des vésicules séminales. Je pensais, vu le volume de l'uretère, que je devais arriver à le sentir facilement.

Au moyen d'une incision de 10 centimètres, à 2 centimètres de la ligne médiane, analogue à la section pararectale de Wolfler, atteignant en arrière le niveau du coccyx, j'arrive facilement sur les côtés du rectum et sur la prostate.

Je sens très facilement les vésicules séminales et, au-dessus, le bas-fond de la vessie qu'avec une sonde d'argent introduite par l'urètre, je déprime. Mais là il m'est impossible, malgré les recherches les plus minutieuses et les plus prolongées, d'arriver à découvrir l'uretère ou le sentir.

Tous ces organes sont entourés de tissu adipeux dans lequel le toucher n'a que des notions fort vagues.

Au bout d'un assez long temps de recherches, je suis obligé de m'avouer vaincu, et de refermer la plaie, que je draine avec un drain.

Cette tentative inutile n'a d'ailleurs aucun résultat fâcheux. Le malade n'a pas de fièvre, et tout est terminé au bout de huit jours.

Mais les urines restent purulentes comme avant.

Le 31 juillet, quand je quitte le service pour partir en vacances, l'état général du malade est bon, le drain lombaire ne donne plus rien, mais les urines sont à peine modifiées. Il y a des jours où elles sont claires, d'autres où elles sont purulentes et laissent déposer dans le vase une épaisse couche de pus.

Le 5 novembre, quand je reprends mon service, je trouve le malade toujours dans le même état. Il se lève, mais il continue à souffrir dans le flanc droit, où la pression réveille au-dessus du pubis une forte douleur, et le malade me supplie d'intervenir à nouveau.

Les alternatives d'urines claires et d'urines purulentes semblaient bien indiquer que l'autre rein continuait à fonctionuer normalement.

Cette fois je résolus d'aller chercher l'uretère par la voie sus-pubienne.

Je fis un premier essai sur le cadavre, qui me montra qu'en me servant du canal déférent commme guide, je devais trouver l'uretère au point où ce conduit se croise avec le canal.

Le 14 novembre, je pratiquai de nouveau une cytoscopie, espérant pouvoir, comme la première fois, cathétériser l'uretère, et laissant la bougie dans l'uretère, me servir de cette bougie comme guide.

Mais cette fois il me fut impossible de pratiquer le cathétérisme; l'eau boriquée que j'avais mise dans la vessie pour la dilater et faciliter mes recherches se troublait tout de suite et rendait l'éclairage impossible.

Toutefois, je constatai encore cette fois avec le cytoscope que le pus sortait en tourbillon à droite d'un point vésical limité, correspondant à l'orifice de l'uretère.

Il n'y eut pas de flèvre à la suite de cette séance, et le 18 novembre, j'endormais de nouveau le malade.

Ayant injecté de l'acide borique dans la vessie, et gonflé un ballon de Petersen dans le rectum pour soulever le bas-fond de la vessie, comme dans la taille sus-pubienne, je fis une incision parallèle à l'arcade crurale dans la direction du canal inguinal.

Ayant découvert l'orifice externe de ce canal, je le fendis sur la sonde canelée, et, faisant tenir le canal déférent dans un écarteur qui soulevait la lèvre supérieure de mon incision, je décollai le péritoine comme pour la ligature de l'artère iliaque. J'arrivai ainsi jusqu'au point où le canal déférent croise les vaisseaux iliaques. A ce niveau, je cherchai l'uretère que, d'après mes expériences sur le cadavre, je devais trouver croisant les vaisseaux iliaques un peu au-dessus de ce point, et croisant le canal déférent au-dessous des vaisseaux iliaques.

Or, mes premières recherches furent d'abord vaines. J'avais beau remonter le long des vaisseaux, je ne trouvais pas d'uretère; lorsque, laissant tomber le péritoine, je finis par le trouver accolé contre celui-ci, et soulevé par mon écarteur.

Il me fut facile alors d'isoler ce qui restait de l'uretère dans toute son étendue.

Il en restait un bout long de 12 centimètres environ, s'arrêtant dans la fosse iliaque, un peu au-dessus des vaisseaux iliaques.

Il était fermé à son extrémité supérieure, qui avait été déchirée lors de ma première opération, et présentait le calibre de l'intestin.

Sa cavité contenait du pus, qu'en pressant on faisait écouler dans la vessie.

Je pus facilement dans le tissu graisseux, isoler le bout inférieur de l'uretère jusqu'à son entrée dans la vessie, et sur le point où les fibres musculaires de cet organe viennent recouvrir l'uretère, qui s'engage au milieu d'elles, je plaçai un fil à ligature. Avant toutefois de placer ce fil, avec une curette je grattai et avivai la muqueuse de l'uretère, dans son trajet intravésical, de manière à faciliter l'accolement de ses parois.

Je dois dire qu'au voisinage de la vessie, l'uretère reprenait presque ses dimensions normales, et à l'entrée de son trajet intravésical il n'avait plus que le calibre d'un crayon.

Par prudence, j'attirai au dehors, en faisant des tractions sur la vessie, les fils posés sur le bout de l'uretère, et les fixai à la partie interne de mon incision. Si les parois de l'uretère ne s'accolaient pas, et si l'orifice intravésical avait été dilaté, je me mettais en garde contre un reflux de l'urine, qui n'aurait pu déterminer qu'une fistule urinaire, facile à fermer.

Laissant un drain plongé dans le petit bassin, je reconstituai le trajet inguinal avec un double rang de fils de soie, comme nous le faisons dans les cures radicales de hernie.

Les suites de l'opération furent très simples; en dehors d'un écoulement sanguin abondant par le drain, je n'eus rien à noter.

Dès le lendemain de l'opération, les urines ne contenaient plus de pus, mais quelques nuages de mucus, très probablement dus à un peu de cystite résultant des manœuvres de cytoscopie, et de sondage pendant l'opération. D'ailleurs, au bout de quelques jours, avec quelques cachets de santal, les urines redevenaient parfaitement claires, et restaient claires à partir de ce moment.

Les fils que j'avais mis sur l'uretère pendant quelques jours amenèrent une suppuration assez abondante, le jour où ils furent tombés, quinze jours après l'opération.

Dès que ces fils furent tombés, la plaie se ferma rapidement, et le malade fut complètement guéri et quitta l'hôpital le 20 janvier 1893 muni d'une ceinture qui m'a paru nécessaire pour protéger les cicatrices. Le canal inguinal s'est d'ailleurs bien reconstitué, et il n'y a pas trace d'impulsion au niveau de la cicatrice.

J'ai revu le malade le 10 février, il a repris son travail de sculpteur sur bois; il ne se plaint plus d'aucune douleur; ses urines sont toujours claires, et son état général est très bon.

rares. En dehors des fistules de cet organe, on n'a essayé de l'aborder que pour des calculs s'arrêtant et oblitérant son canal.

C'est ainsi que Cullingworth (*Transac. of the Path. Soc. of London*, 1885), pour extraire un calcul de la partie moyenne de l'uretère, ouvrit la cavité péritonéale, puis un foyer purulent dépendant de l'uretère, et contenant le calcul. Il vida et referma l'uretère après extraction de ce calcul. Le malade mourut huit jours après.

Ceci (*Riforma Medica*, 5 septembre 1887) incisa l'uretère par le rectum et fit avec succès l'extraction d'un calcul.

Dans deux cas cités par Tuffier dans le *Traité de Chirurgie*, on fit la taille vésicale, et on put ainsi, par cette voie, extraire un calcul situé dans la portion intra-vésicale de l'uretère.

On a pu encore aller chercher uu calcul arrêté dans la portion moyenne de l'uretère, soit en décollant le péritoine, au moyen d'une incision sur la ligne de ligature de l'iliaque primitive (Twynam), ou par une incision à trois travers de doigt en dehors du muscle grand droit (Tuffier), et en faisant le décollement jusqu'au corps étranger.

Mais toutes ces opérations n'ont rien de comparable avec la mienne. Dans ces cas, ce n'est pas l'uretère qu'on cherche, mais le corps étranger ; c'est lui qui vous guide, et on se contente de l'extraire. Si je les cite, c'est uniquement pour montrer les voies par lesquelles on a pu aborder l'uretère.

Je crois donc être le premier à avoir fait l'ablation totale de l'uretère, c'est-à-dire l'uréterectomie, et avoir abordé l'urctère par la voie que j'ai choisie. J'ajoute de suite que je crois que cette opération trouvera souvent son application. Mon observation montre qu'on ne doit pas se fier, autant qu'on l'a fait jusqu'à présent, à l'optimisme des auteurs, qui se sont occupés du sort ultérieur de l'uretère après la néphrectomie. D'après eux, le rein enlevé, les lésions de l'uretère s'amenderaient et, la ligature posée sur ce conduit, tout s'arrangerait pour le plus grand bonheur des chirurgiens et du malade. C'est un peu comme pour l'hystérectomie vaginale, où les ovaires et les trompes purulentes restées en place doivent guérir d'elles-mêmes. Ce sont des assertions qui satisfont la conscience du chirurgien, mais je doute que toujours ce pronostic se réalise ; en tous les cas, il ne s'est pas réalisé pour notre malade.

On a vu qu'après huit mois de traitement, de lavages journaliers antiseptiques, l'uretère était resté toujours aussi gros, aussi purulent et continuait à entretenir les mêmes accidents.

Jusqu'à présent les interventions pour lésions de l'uretère sont

Or, je crois que souvent les choses doivent se passer ainsi, si j'en juge par la lecture de nombreuses observations que nous trouvons, soit dans la thèse de Brodeur, soit dans celle de Bureau.

Pour beaucoup de ces observations, le résultat immédiat seul est donné et on n'a pas suivi le malade. Pour les autres, on voit que souvent après la néphrectomie, persistent des fistules interminables, dont quelques-unes sont manifestement des fistules urétérales ; et le cas devient presque la règle dans les lésions tuberculeuses.

Mais même lorsque la plaie lombaire s'est fermée, on trouve, en lisant attentivement les observations, des remarques comme celles-ci (observ. de Brodeur) : la malade est guérie, elle se plaint encore cependant de douleurs dans le flanc. A l'heure actuelle, je sais ce que ces douleurs consécutives à la néphrectomie signifient. Mon malade s'en est plaint, tant que son uretère n'a pas été enlevé complètement, et elles ont disparu quand celui-ci n'existait plus.

Je crois donc que si on observe mieux ses malades à la suite de la néphrectomie, on verra que souvent l'uretérectomie consécutive s'imposera pour amener la guérison définitive.

Quant au procédé opératoire pour pratiquer cette uretérectomie, je crois que la meilleure voie est celle que j'ai suivie dans ma dernière intervention sur mon malade. L'incision du canal inguinal et le décollement du péritoine jusqu'aux vaisseaux iliaques, ouvrent une voie large qui permet d'isoler l'uretère jusqu'à la vessie. En prenant le canal déférent comme guide, on peut aisément s'orienter et on arrive à trouver l'uretère dans sa portion pelvienne, soit à l'endroit où celui-ci le croise, soit un peu au-dessus du point où le canal déférent croise les vaisseaux. Pour plus de certitude on n'a qu'à se rappeler que l'uretère se trouve à l'intersection de deux lignes, l'une bi-iliaque transversale passant par les deux épines iliaques, antérieures et supérieures, l'autre verticale, passant par l'épine pubienne. La dilatation du rectum par le ballon de Petersen, en repoussant en avant le bas-fond de la vessie, facilitera l'isolement de l'uretère au voisinage de cet organe. On pourra encore faciliter la recherche de cet organe, si, ayant fait le décollement préalable du bout lombaire, on tire sur celui-ci ; par ce moyen on tend l'uretère, qui se présente alors sous l'aspect d'une corde rigide, facile à sentir. Je n'avais malheureusement pas ce moyen à ma disposition, puisque j'avais antérieurement enlevé le bout lombaire.

L'incision inguinale me paraît préférable à l'incision iliaque de Twynam, car elle permet de se rapprocher plus de la vessie et

de faire porter sa ligature sur la portion intra-vésicale de l'uretère.

La voie péritonéale, employée par Cullingworth, me paraît particulièrement dangereuse quand l'uretère est purulent comme dans mon observation. En isolant ce canal on peut le crever, et contaminer par l'issue du pus la cavité péritonéale. Quant à la voie pararectale que j'avais tentée, je crois qu'on ne saurait y avoir recours. Comme on l'a vu, il est très difficile, si ce n'est impossible, au milieu du tissu graisseux, de reconnaître l'uretère. Bonne dans le cas où l'uretère contiendrait un calcul que le doigt pourrait sentir et qui servirait de guide, elle doit être abandonnée lorsque l'uretère est distendu par le pus.

Si je l'avais choisie, c'est que je croyais avoir posé ma ligature sur un point du canal beaucoup plus rapproché de la vessie qu'il ne l'était réellement. Je pensais que l'uretère déchiré était au fond du petit bassin; que,distendu par le pus,j'aurais pu le sentir. Il n'en a été rien : bien que je fusse incontestablement sur l'uretère, puisque je sentais et voyais les vésicules séminales et le bas-fond de la vessie, il m'a été impossible par le toucher ou par la vue de le reconnaître. Enfin, si j'avais pu espérer amener dans la plaie par cette voie un fragment d'uretère, on ne peut espérer l'amener dans son entier. L'incision inguinale avec décollement du péritoine, me paraît donc le procédé de choix : c'est à celui-là que j'aurai dorénavant tout de suite recours.

Je complète cette observation en vous présentant ces pièces, que j'ai enlevées à ce malade. Comme on peut le voir, il semble qu'ici on se trouve en présence d'une ancienne hydronéphrose suppurée. Le kyste purulent est formé surtout par le bassinet et les calices dilatés. Le bassinet ne communique avec l'uretère que par un orifice très étroit, admettant à peine un stylet. A la partie interne il reste une lamelle de tissu rénal. Quand à l'uretère comme vous le voyez, il est uniformément dilaté, et se trouve avoir le calibre de l'intestin.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. J'approuve pleinement la conduite de M. Reynier ; mais je crois que, dans la néphrectomie, pour une suppuration rénale ou une hydronéphrose, on voit rarement la suppuration persister. Le fait ne s'est produit dans aucun des cas opérés par moi. C'est seulement dans les cas où la plaie opératoire a été infectée que la suppuration de l'uretère est possible.

M. Reynier. Lorsque l'uretère est le siège d'une dilatation con-

sidérable, la suppuration peut persister ; de même encore, dans les lésions tuberculeuses.

M. Terrier. Très souvent on pratique la néphrotomie ou la néphrectomie pour des lésions tuberculeuses, et l'on n'observe pas de suppuration persistante, si l'on a eu le soin de fixer dans la plaie l'extrémité de l'uretère sectionné. L'opération de M. Reynier est sans doute très intéressante, mais elle est appelée, je crois, à rester exceptionnelle.

2° *De l'endométrite cervicale glandulaire et de son traitement chirurgical,*

Par M. Bouilly.

Je désire entretenir un instant la Société d'un petit point de la pathologie du col utérin, de l'*Endométrite cervicale glandulaire et de son traitement chirurgical.* Cette étude appartient à l'histoire générale des métrites ; mais la localisation exacte des lésions, l'importance de leurs conséquences et leur résistance aux divers modes de traitement généralement employés, justifient une étude à part de cette petite affection.

Dans les quelques considérations que je désire développer à ce sujet, je ne vise qu'un cas particulier de l'affection me paraissant moins bien connu et que l'on pourrait appeler l'endométrite cervicale glandulaire des *nullipares* ou *sans déchirure du col.* En effet, dans les conditions inverses, c'est-à-dire avec une lacération du col et une érosion de la muqueuse cervicale, on observe fréquemment aussi une hypertrophie et une hyperplasie des éléments glandulaires de la muqueuse, mais cette lésion glandulaire, très importante aussi dans ce cas, fait partie d'un ensemble de lésions constituant la métrite parenchymateuse du col consécutive à sa déchirure. Elle appartient bien plus à l'histoire des déchirures du col compliquées de métrite, présente une autre physionomie et réclame un autre traitement. Ce n'est pas d'elle que je veux m'occuper ici : je n'en dirai qu'un mot à propos de l'anatomie pathologique. J'ai tout spécialement en vue l'endométrite glandulaire développée dans les cols de nullipares ou chez des femmes ayant accouché ou ayant fait une fausse couche sans avoir subi de déchirure cervicale. Cette affection, en effet, s'observe chez des femmes jeunes, sur des cols dont l'orifice a la dimension normale, plutôt petits que gros, quelquefois coniques et présentant certains caractères du col de l'utérus infantile. Dans quelques

cas, l'orifice externe est petit, soit congénitalement peu ouvert, soit rétréci par des cautérisations antérieures; l'étroitesse de cet orifice fait obstacle à l'issue des sécrétions. Le retrait de la sonde utérine exploratrice ou la pression exercée sur le col par les valves du spéculum provoquent la sortie d'un abondant écoulement retenu dans la cavité cervicale. Cette cavité parait assez souvent légèrement dilatée, et fermée à ses deux orifices, elle affecte la forme d'un barillet.

C'est cet écoulement qui fait la caractéristique de l'affection; il a l'aspect bien connu des sécrétions venant du col utérin; il est remarquable par sa ténacité, sa viscosité, son adhérence; intimement appliqué sur les parois de la cavité cervicale et sur l'orifice utérin où il fait bouchon, il se laisse étirer, allonger, sans pouvoir être détaché en totalité; il s'accumule dans le voisinage du col et n'est souvent expulsé du vagin que par les injections, ou quand il s'est accumulé en grande quantité. Il arrive alors à la vulve sous forme de filaments glaireux, muqueux, agglutine les poils entre eux, et empèse fortement le linge. Souvent l'écoulement est blanchâtre, laiteux; il a été nombre de fois comparé à du blanc d'œuf coagulé, à de l'albumine cuite; plus souvent encore, quand l'affection date de loin, il est mélangé de pus et il est jaune-verdâtre, jaune-serin; au voisinage des règles, il est souvent teinté de sang et prend un aspect rouillé.

L'abondance de cet écoulement augmente quelquefois par la marche, les fatigues; mais en général, il varie peu, et dès que l'affection est constituée, il conserve des caractères presque invariables.

Cet écoulement, dans bon nombre de cas, peut constituer toute l'affection et n'entraîne aucun trouble de la santé générale, et nombre de femmes ne s'en occupent pas. Chez d'autres, au contraire, il s'accompagne d'une sensation de gêne, de poids, dans la partie inférieure du ventre, de lourdeur à la région lombo-sacrée, et se complique de temps en temps de véritables douleurs expulsives dues sans doute à la rétention du mucus trop épais et à son issue difficile. Ces femmes en effet accusent, dans ces cas, après les douleurs, un écoulement plus abondant et une sensation de soulagement et de détente. Mais toutes ces femmes ne sont nullement gênées dans l'exercice ordinaire de la vie et ne ressemblent en rien aux malades affectés de lésions des annexes ou de métrite parenchymateuse avec abaissement ou rétrodéviation de l'utérus. La marche, la station debout, le coït, sont faciles et indolents. Tout au plus, quelques-unes accusent-elles quelques tiraillements d'estomac, quelques légers troubles dyspeptiques.

Dans cette endométrite cervicale glandulaire, la menstruation

n'est pas modifiée ; les règles restent normales, plutôt peu abondantes ou légèrement retardées dans leur apparition. S'il y a coïncidence de ménorrhagies ou de métrorrhagies, on doit soupçonner une lésion de la muqueuse du corps ou des annexes de l'utérus.

Les femmes affectées de cette variété d'endométrite ne viennent consulter que pour deux raisons : ou parce qu'elles se plaignent d'être constamment mouillées par l'écoulement ou parce qu'elles sont *stériles.* La stérilité est, en effet, une conséquence fréquente de cette lésion ; on reconnaît celle-ci chez un certain nombre de femmes qui n'ont jamais pu devenir enceintes, et chez lesquelles on ne peut découvrir d'autre cause de stérilité. La présence constante dans le col de ce bouchon gélatineux, épais, l'acidité du liquide muco-purulent et souvent l'étroitesse du col constituent une série d'obstacles à l'imprégnation. La preuve m'en a été fournie plusieurs fois par des grossesses survenues peu de temps après un traitement convenable, alors que depuis des années il n'y avait pas eu trace de conception.

L'affection est, en effet, essentiellement chronique et sa durée se compte par années ; c'est toujours à trois ans, sept ans et même neuf ans en arrière que ces malades font remonter le début de leur écoulement.

J'avoue manquer de renseignements précis sur l'étiologie et la pathogénie de cette affection ; en général, c'est peu de temps après le mariage que l'écoulement est remarqué ; est-il souvent gonorrhéique ? Je le crois volontiers, sans pouvoir l'affirmer faute de preuves. En tout cas, chez un grand nombre de femmes, il semble succéder à une endométrite subaiguë, au cours de laquelle l'écoulement a été plus fluide, plus abondant, plus jaune et auquel avec le temps a succédé l'écoulement glaireux, tenace, dont je m'occupe spécialement ici. Souvent, me semble-t-il, le début a été une infection des éléments superficiels de la muqueuse cervicale et, après avoir perdu son caractère d'acuité ou de subacuité, cette infection s'est localisée et cantonnée dans les culs-de-sac glandulaires du col. Il ne paraît pas douteux, en effet, qu'à la période où j'étudie cette lésion, celle-ci n'ait son siège dans la profondeur des glandes du col. Les caractères de l'écoulement, la résistance aux divers traitements qui ne s'adressent qu'à la superficie de la muqueuse, ne permettent guère de doutes à cet égard. En outre, ce liquide présente la plus grande analogie de ténacité et de viscosité avec celui que l'on rencontre dans les kystes glandulaires du col, dans la dégénérescence scléro-kystique de cette partie de l'utérus, où la sécrétion est manifestement enfermée dans de véritables petits kystes par rétention. Le liquide donne au doigt, dans

les deux cas, la même sensation de viscosité et ne peut qu'avec peine être détaché des points où il adhère.

Puisque j'ai prononcé le mot de dégénérescence scléro-kystique du col, je ne puis à cette occasion m'empêcher de faire un rapprochement entre cette lésion et l'affection qui nous occupe en ce moment; dans les deux cas, il s'agit d'une infection dont le siège principal est dans les culs-de-sac glandulaires de la région. Chez les nullipares ou les femmes dont le col n'est pas déchiré, la lésion est *intra-cervicale* et la sécrétion se fait librement dans la cavité du col par les orifices des glandes restées perméables; en outre, l'infection semble rester bornée à ces glandes sans envahir le parenchyme périglandulaire; aussi le col en général n'est-il pas augmenté de volume. Au point de vue des symptômes, l'absence de rétention fait aussi qu'il n'y a pas ordinairement de douleurs. Au contraire, chez la femme ayant eu une déchirure plus ou moins grande du col suivie d'infection, avec le temps ou sous l'influence de cautérisations la muqueuse cervicale *extériorée* est devenue cicatricielle et épidermique, les glandes ont leurs orifices bouchés et se transforment en kystes par rétention, dont les uns sont visibles à l'extérieur et dont les autres sont profondément inclus dans le tissu de l'organe; la présence de ces kystes entretient dans le parenchyme voisin un état d'irritation et d'agacement et, soit primitivement par une infection qui a frappé en même temps le tissu interstitiel, soit secondairement à cause même de ces kystes, ce tissu interstitiel s'hyperplasie, se sclérose; d'où un aspect très différent du col, augmenté de volume, ayant subi toutes les transformations qui caractérisent la métrite cervicale parenchymateuse; d'où également une symptomatologie différente où figurent en première ligne la gêne et la lourdeur utéro-abdominales, qui font presque constamment défaut dans l'endométrite cervicale glandulaire des cols non déchirés. Il est donc utile de connaître ces deux formes de lésions qui, semblables au point de vue de la localisation anatomique, diffèrent notablement par les conditions de leur pathogénie et par leurs symptômes.

Ainsi considérée, l'endométrite cervicale glandulaire paraît être une petite affection *essentielle*, *idiopatique*, produite par l'infection primitive de la muqueuse cervicale propagée et localisée à ses éléments glandulaires. Elle doit être différenciée de certains écoulements muqueux du col qui ne semblent pas être d'origine infectieuse et paraissent plutôt devoir être rapportés à des troubles vasculaires de l'utérus provoqués par des lésions des annexes. Il est assez fréquent, en effet, de voir des sécrétions utérines visqueuses, ayant les caractères des écoulements cervicaux, disparaître comme par enchantement après l'ablation d'an-

nexes malades. Ces écoulements, quelquefois très abondants, peuvent être difficiles à distinguer des sécrétions de l'endométrite glandulaire essentielle; il est donc nécessaire de tenir grand compte des symptômes et des signes fournis par l'examen de la malade et la recherche des annexes; les indications thérapeutiques sont trop différentes dans l'un et l'autre cas pour qu'on ne mette pas tout son soin à établir un bon diagnostic. On se rappellera toujours avec avantage que toute douleur provoquée dans les culs-de-sac doit faire soupçonner autre chose que l'endométrite cervicale glandulaire, affection qui, dans la forme chronique en question, ne détermine aucun retentissement douloureux dans le voisinage de l'utérus.

Un des points essentiels de cette affection consiste dans sa chronicité et dans sa résistance aux divers modes de traitement employés avec succès contre les autres formes d'endométrite. Les injections les plus variées et les mieux faites ne peuvent qu'entraîner mécaniquement les sécrétions sans pouvoir rien pour les tarir; les cautérisations intra-cervicales avec le nitrate d'argent sont inutiles et dangereuses; elles ne font que modifier la superficie de la muqueuse, et elles offrent le risque de provoquer un rétrécissement de l'orifice cervical en général déjà trop étroit; les attouchements avec les divers liquides modificateurs, la teinture d'iode, la glycérine créosotée, le perchlorure de fer, l'acide phénique, le chlorure de zinc, etc., ne donnent que les plus médiocres résultats; les applications de crayons d'iodoforme ou d'autre substance antiseptique ne réussissent guère mieux. Tous ces moyens sont frappés de stérilité à l'avance; toutes les substances déposées dans la cavité cervicale attaquent à peine la superficie de la muqueuse protégée et recouverte par sa sécrétion visqueuse et tenace et ne peuvent rien contre les vraies lésions plus profondément situées. Leur action peut, au contraire, s'exercer utilement plus tard pour compléter le traitement chirurgical, dont j'exposerai tout à l'heure la technique. J'en dirai de même des tampons appliqués sur le col et recouverts de substances variées, parmi lesquelles l'ichthyol ne me semble pas meilleur que les autres.

Bien plus, le curettage lui-même échoue d'une manière constante dans cette forme d'endométrite cervicale. J'ai signalé à la Société de chirurgie cette variété de lésion comme une des causes ordinaires d'insuccès du curettage dans le traitement des endométrites et tout le monde à peu près a été d'accord pour reconnaître la justesse de cette assertion. L'action de la curette, comme l'action des topiques, ne porte que sur les couches superficielles de la muqueuse et ne peut atteindre les lésions dans la profondeur où elles siègent; je répète toujours que, par ce mode de

traitement, on ne fait que nettoyer le goulot de la bouteille sans toucher à son corps, ni à son fond. Très peu de temps après le curettage, l'écoulement muqueux reparaît au grand désespoir des malades et au grand ennui du chirurgien, avec ses mêmes caractères d'abondance et de viscosité ; au bout de huit à quinze jours, le même état se reproduit tout comme avant l'opération. Nous avons eu de ces insuccès.

L'insuffisance de ces divers modes de traitement a suggéré à Doléris l'idée de lacérer profondément la muqueuse par le procédé du *hersage ;* à l'aide d'un instrument garni de pointes, la *herse*, il scarifie profondément la muqueuse cervicale dans le but d'ouvrir et de pouvoir modifier les culs-de-sac glandulaires.

C'est également contre ce catarrhe cervical rebelle que nombre de gynécologistes préconisent et pratiquent l'amputation du col par le procédé de Schrœder. Je n'ai pas d'expérience du *hersage* de la muqueuse ni de ses résultats, et je ne saurais juger ce procédé ; mais j'ai pratiqué souvent l'opération de Schrœder. En pareil cas, ce mode de faire est très logique ; l'opération de Schrœder remédie du même coup à la sténose fréquente du col et fait disparaître la source de l'affection par l'ablation de la muqueuse ; mais pour une si petite lésion, elle ne laisse pas que d'être assez compliquée ; elle exige un avivement et une perte de substance étendue ; elle nécessite l'application délicate de sutures ; elle est, en un mot, d'une exécution plutôt difficile et n'est pas à la portée de tout le monde. Les bons résultats qu'elle peut fournir en pareil cas me paraissent largement compensés par la complication et la difficulté opératoire.

J'ai imaginé ou je crois avoir imaginé (car je ne serais nullement étonné que quelqu'un autre eût eu déjà la même idée) un petit procédé qui répond à la double indication d'agrandir l'orifice utérin et de supprimer la muqueuse cervicale infectée. Il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une opération spéciale ; il ne s'agit que d'une action complémentaire du curettage ; les soins préliminaires et consécutifs, le temps de la cure, ne diffèrent pas de ceux de cette intervention.

L'utérus est, comme à l'habitude, dilaté dans sa totalité pendant quarante-huit heures à l'aide de tiges de laminaire aseptique ; cette dilatation préalable permet l'accès facile de la cavité du corps dont la toilette doit être faite en même temps que la mise en état du col ; elle étale la muqueuse cervicale et la rend largement accessible à l'œil et à l'instrument ; elle permet, en outre, l'introduction facile d'un pansement intra-cervical, une fois l'opération achevée.

Après fixation et abaissement de l'organe avec la pince tire-balles, le curettage de la cavité utérine est exécuté comme à l'or-

dinaire. Bien qu'en général la muqueuse du corps soit en bon état, il me paraît nécessaire de profiter de l'occasion pour en assurer le nettoyage et l'antisepsie ; faute de cette précaution, on s'exposerait à laisser derrière le col nettoyé une cavité corporelle malpropre et capable de reproduire l'infection. Le col est lui-même gratté à la curette et principalement aux deux extrémités du diamètre transversal, dont la muqueuse doit être respectée dans la petite intervention qui va suivre.

C'est à ce moment, en effet, que j'exécute la petite opération complémentaire qui fait le fond du traitement de cette endométrite cervicale glandulaire et que je pratique de la manière suivante.

Le but de cette intervention est d'enlever une portion de la muqueuse cervicale et des tissus sous-muqueux suffisante pour réaliser l'ablation ou l'ouverture de la plus grande partie des culs-de-sac glandulaires. Une pince tire-balles est posée sur la lèvre supérieure, une autre sur la lèvre inférieure du col, de manière à tendre et à attirer les parties ; l'orifice cervical dilaté par la laminaire permet de voir largement la muqueuse. Avec un bistouri étroit et pointu, j'enlève d'abord sur la lèvre inférieure un petit lambeau rectangulaire, comprenant les trois quarts environ de la demi-circonférence inférieure de la muqueuse. Le bistouri est porté à 1 centimètre 1/2 environ de profondeur jusqu'au voisinage de l'orifice interne, au niveau de la jonction de la paroi inférieure et de la paroi latérale, et il détache à la face interne du col un petit lambeau rectangulaire étendu d'une commissure à l'autre et limité en bas par l'orifice externe, en haut par l'orifice interne ; à ce niveau il est nécessaire d'achever la section par un coup de ciseaux pendant que le lambeau est maintenu et attiré par une pince à griffes. La même manœuvre est répétée à la face interne de la lèvre supérieure ; il en résulte l'ablation de deux demi-gouttières se regardant par leur concavité. L'orifice utérin se trouve agrandi. Le col est largement cruenté dans ses trois quarts inférieurs et supérieurs ; seules, *les parties latérales*, au niveau des commissures, sont *respectées*, de manière à ce que la muqueuse à ce niveau conserve ses caractères et ses propriétés et ne permette pas la réunion angulaire des parties avivées ; cette bande de tissu muqueux suffit à prévenir la réunion et le rétrécissement. Je reconnais qu'elle peut renfermer dans sa profondeur quelques éléments glandulaires qui ne sont pas détruits, mais leur nombre est tout à fait minime comparé à la quantité de glandes ouvertes ou enlevées sur la partie médiane. Du reste, comme je l'ai déjà dit, ces parties doivent être soigneusement traitées à la curette tranchante avant l'excision des lambeaux de la muqueuse.

L'épaisseur de ces lambeaux varie avec l'épaisseur même du

col; elle ne doit jamais être moindre de 2 à 3 millimètres environ; elle peut être portée à quatre et même plus, si le col est épais et hypertrophié; mais ce fait est l'exception, les cols atteints de cette variété d'endométrite étant plutôt petits que gros.

Souvent encore, après l'ablation des lambeaux, je passe sur les parties avivées la curette tranchante de manière à dilacérer et à ouvrir les culs-de-sac glandulaires qui auraient pu échapper à l'instrument. Une injection est alors faite dans le vagin et l'opération est terminée. Celle-ci est beaucoup plus longue à décrire qu'à pratiquer, elle n'exige que quelques minutes et ne dépasse pas sensiblement en durée la durée d'un curettage ordinaire.

Le pansement consiste dans l'attouchement de la cavité du corps et du col avec un tampon de coton hydrophile largement imbibé de glycérine créosotée au tiers, dans l'application dans la cavité du col, d'une mèche de gaze iodoformée, laissée en place, imbibée du même mélange. Cette mèche légèrement tamponnante a pour effet d'assurer l'hémostase, de maintenir la cavité cervicale béante et de prolonger l'action du liquide antiseptique. Enfin, tout le vagin est bourré, comme à l'habitude, avec de la gaze iodoformée.

Ce premier pansement est laissé quarante-huit heures en place et remplacé par un pansement semblable qui n'est plus renouvelé qu'au bout de trois ou quatre jours. A ce second pansement, j'introduis le plus souvent dans la cavité du col restée largement béante un petit morceau de gaze iodoformée, soit sèche, soit imbibée de glycérine créosotée, avec la même intention de maintenir écartées les parties avivées et de prolonger l'action antiseptique. Les pansements ultérieurs se font ensuite de quatre en quatre jours et ne sont plus que des tamponnements vaginaux; je crois utile de continuer ce pansement vaginal jusqu'au douzième ou quinzième jour, époque à laquelle la malade se lève et peut quitter l'hôpital. A ce moment et depuis plusieurs jours déjà, les parties sont revenues sur elles-mêmes; le col s'est reformé et il est impossible de soupçonner qu'il a subi une perte de substance à sa face interne. L'hystéromètre parcourt librement sa cavité et ne révèle pas la moindre apparence de rétrécissement.

Il me reste à signaler un petit accident qui peut se produire au cours de l'opération et dans les quelques heures qui la suivent; la section de la muqueuse, sur la lèvre inférieure principalement, peut donner lieu à un écoulement sanguin assez abondant se produisant pendant l'opération même et pouvant se reproduire ou être retardé quelques heures plus tard. Sur une quarantaine de cas, j'ai observé deux fois cette petite complication, et dans un cas, l'hémorragie fut assez abondante pour nécessiter quelques heures plus tard

l'application d'un nouveau tamponnement vaginal solidement fait et pour produire une anémie assez marquée.

Il est remarquable de voir combien ces cols à tissu sain sont vasculaires, si on les compare aux gros cols de la métrite cervicale parenchymateuse, durs et sclérosés, dans lesquels les sections sont beaucoup moins sanglantes. Il est donc important de ne pas négliger ce petit suintement sanguin au moment où il se produit et d'assurer l'hémostase avant l'application du pansement définitif; si ce suintement ne cédait pas aux moyens ordinaires, à la douche chaude de 48° à 50°, à la compression momentanée avec un petit tampon de coton ou au tamponnement iodoformé intra-cervical, il serait facile de s'en rendre maître en plaçant dans le col une petite boulette de gaze iodoformée, très légèrement imbibée de perchlorure de fer ou en touchant la surface saignante avec la pointe rougie du thermo-cautère. Je n'ai jamais eu besoin d'en venir à ce moyen dont il vaut mieux se passer. Le tamponnement soigné du col suffit dans l'immense majorité des cas. Mais, je répète du reste, que cette complication est exceptionnelle, et je ne fais que la signaler pour qu'elle ne vienne pas désagréablement surprendre les opérateurs.

Les suites de l'opération ne méritent pas d'être signalées; ce sont absolument les suites apyrétiques et indolentes du curettage ordinaire.

Jusqu'à présent je n'ai eu qu'à me féliciter des résultats thérapeutiques de cette intervention; cet abondant écoulement glaireux, rebelle à tout traitement, ne se reproduit plus; le col est sec ou ne laisse plus échapper qu'un mucus absolument incolore, d'apparence aqueuse, tout à fait physiologique. Du même coup, les malades sont débarrassées des petits malaises locaux et généraux que j'ai signalés à propos des symptômes. J'ai pu revoir un grand nombre de ces opérées et constater le maintien de leur guérison des mois et des années après l'intervention.

Sur plus de quarante cas, je n'ai eu que deux insuccès et j'ai dû répéter une seconde fois l'opération. Dans les deux cas il s'agissait d'une endométrite cervicale glandulaire manifestement gonorrhéique et cette forme me paraît encore plus rebelle au traitement que la forme d'infection vulgaire. Une nouvelle excision de la muqueuse et des pansements intra-cervicaux soigneusement prolongés eurent raison de l'infection. Pour certains cas, sans doute, l'opération de Schrœder conservera sa supériorité et ses droits, et je n'ai pas la prétention de vouloir toujours et quand même lui substituer la simple excision de la muqueuse.

Deux fois j'ai vu survenir des grossesses chez des femmes jusqu'alors stériles; une fois chez une femme mariée depuis neuf ans,

une autre fois chez une autre mariée depuis sept ans. Dans les deux cas, la conception s'est produite dans les deux mois qui ont suivi l'opération et il n'est guère permis, en pareil cas, de ne pas reconnaître à ce point de vue son action bienfaisante. Je ne puis affirmer que ces deux cas de grossesse; mais je ne serais nullement surpris que d'autres femmes fussent devenues enceintes après cette intervention. Beaucoup de malades ne viennent plus nous voir quand elles vont bien et ne croient pas devoir nous faire part des résultats éloignés de nos opérations.

Quoi qu'il en soit, d'après mon expérience, je crois pouvoir recommander ce traitement de l'endométrite cervicale glandulaire; il est simple et bénin, et répond d'une manière efficace aux diverses indications fournies par l'état de l'orifice et de la muqueuse du col.

Discussion.

M. Pozzi. La communication de M. Bouilly est fort intéressante et le traitement proposé par lui me semble rationnel. L'état du col auquel il fait allusion me semble être, dans un bon nombre de cas, un véritable état infantile de l'utérus dans lequel le col prédomine sur le corps et qui peut rendre compte, en particulier, de la stéritité. Toutefois c'est moins la sténose qui est la cause de la stérilité que la métrite cervicale des vierges, état que je désigne sous le nom d'engouement muqueux du col. Cependant c'est bien la sténose qui est la lésion initiale, c'est elle qu'il faut soigner. Quant à la cause de l'écoulement, il est sans doute le plus souvent blennorrhagique, et consécutif à une inoculation. Admettant cette relation entre la sténose cervicale et l'engouement muqueux, je commence par pratiquer un débridement bilatéral du col; il devient possible alors de traiter le catarrhe cervical.

M. Reynier. Je classe en deux catégories les malades auxquelles M. Bouilly a fait allusion; les unes sont de jeunes femmes. Les autres des femmes d'un certain âge, qui souvent ont eu un ou plusieurs accouchements. Pour les malades de ce second groupe, il est possible que souvent l'origine de la maladie soit blennorrhagique; mais, pour les jeunes femmes, il faut faire intervenir surtout l'état général. Souvent elles présentent, en même temps que du catarrhe cervical, des végétations adénoïdes du pharynx, un tempérament lymphatique; chez beaucoup d'entre elles, on constate des antécédents héréditaires. Quant au traitement, j'accepte le traitement opératoire proposé par M. Bouilly, tous les autres donnant des résultats peu satisfaisants, sauf peut-être la dilatation prolongée du col.

M. Terrier. Je ne crois pas à l'existence du catarrhe du col en dehors de l'inoculation. Ce que je regrette dans la communication de M. Bouilly, c'est que ce point particulier de la question n'ait pas été élucidé par lui. Peut-être trouverait-on des microbes, non seulement à la surface, mais dans l'intérieur même du tissu utérin. J'en ai eu une preuve expérimentale pour ainsi dire dans l'hystéropexie, où j'ai vu les fils profonds suppurer parce que la cavité utérine était infectée, tandis que la réunion par première intention se faisait au niveau des fils superficiels.

M. Bouilly. M. Pozzi a dit avec raison que la sténose du col joue un rôle considérable dans l'affection; la nécessité d'un traitement topique de plusieurs semaines me fait préférer mon procédé opératoire beaucoup plus rapide dans ses résultats. Je répondrai à M. Reynier que la maladie soit-elle d'origine locale ou générale, c'est toujours un traitement local qu'il faut lui opposer.

L'objection la plus sérieuse est celle qui m'a été faite par M. Terrier, heureusement il est facile d'en venir à bout au moyen de l'examen bactériologique; c'est ce que je me propose de faire.

Présentation de pièces.

1° *Kyste dermoïde de l'ovaire.*

M. Reynier. Messieurs, je présente aujourd'hui des pièces provenant d'une femme que j'ai laparotomisée ce matin, et chez laquelle nous avons trouvé ce kyste dermoïde de l'ovaire gauche. La trompe était saine, perméable. Elle présentait à la partie moyenne accolée à sa paroi un petit kyste sébacé du volume d'un gros grain de millet; la poche kystique, comme on peut le voir, dépend manifestement de l'ovaire. Ce kyste contient comme presque tous les kystes de même nature, une grosse touffe de poils noirs enroulés; il contenait, de plus, près de 500 grammes de liquide graisseux, qui s'est écoulé facilement par la canule fine du trocart Potain, avec lequel j'avais ponctionné préalablement le kyste avant d'en faire l'extirpation. Presque immédiatement après sa sortie, le liquide s'est pris, comme vous le voyez, en masse, prenant l'aspect et la consistance de la margarine.

Au point de vue clinique, il nous a été impossible de faire le diagnostic avant l'opération.

Il s'agissait d'une femme de 29 ans, d'une très belle santé jusque-là, de parents bien portants. Elle avait été enceinte quatre fois. Un enfant est mort, les trois autres vivent encore.

Les trois premières grossesses se sont passées sans accident; elle

s'en était bien remise sans pertes, et sans douleurs ultérieures. Sa quatrième grossesse eut lieu à 28 ans. Un peu avant, la malade commença à souffrir du côté gauche. Toutefois l'accouchement fut normal. La malade n'allaita pas ce quatrième enfant. Les règles revinrent quatre mois après l'accouchement, mais avec douleurs et avec pertes, durant huit à neuf jours par mois. Les douleurs du côté gauche augmentant, et l'empêchant de marcher, elle entra à l'hôpital le 1er février 1893.

A son entrée, on constatait au spéculum un col utérin normal, pas de catarrhe utérin, pas de leucorrhée.

Au toucher, en arrière dans le cul-de-sac postérieur, on sentait une masse repoussant l'utérus en avant, faisant corps avec sa face postérieure, de la grosseur d'une grosse orange et s'étendant dans le cul-de-sac latéral gauche.

A droite on sentait la trompe se détachant de la corne utérine, et se recourbant, sans qu'il fût possible, par le toucher, de la suivre dans son parcours. Le diagnostic fut porté de pyosalpinx ou d'ovaire kystique, très probablement double, avec enroulement de la trompe droite, se portant derrière l'utérus. Vu le diagnostic, étant donnée la saillie de la tumeur dans le cul-de-sac postérieur, je pensai un instant avoir recours à l'hystérectomie vaginale. Je me décidai pour la laparotomie, ne voyant pas de fièvre, et étant donné mon diagnostic hésitant. Bien m'en a pris, car je n'avais affaire qu'à une lésion unilatérale. L'ovaire droit et la trompe du même côté étaient sains. La trompe était bien en arrière de l'utérus, mais fixée par quelques petites adhérences, qu'il me fut facile de déchirer, et je n'ai eu qu'à enlever les annexes du côté gauche, laissant encore à cette femme la faculté d'avoir des enfants. Cette observation est donc intéressante pour montrer une fois de plus la supériorité, dans la majorité des cas, de la laparotomie sur l'hystérectomie.

M. Bouilly. Ces pièces ne sont pas très rares, j'ai eu l'occasion d'en enlever deux la semaine dernière, renfermant des os et des poils en abondance.

2° *Tumeur fibro-kystique de l'utérus*

M. Th. Anger présente une tumeur fibro-kystique de l'utérus qu'il a enlevée sur une femme vierge de 57 ans. Le début de l'affection remonte à quinze ans et s'était manifestée par des hémorragies de plus en plus abondantes. Il y quatre ans, ces pertes se sont arrêtées avec sa ménopause, mais la tumeur, qui était déjà visible à cette époque, augmenta beaucoup et a pris depuis un an des proportions énormes.

Le ventre n'est pas uniformément développé. Au-dessous de l'ombilic existe une masse du volume du poing, d'une consistance absolument pierreuse. Au-dessus de l'ombilic la masse s'amollit et est fluctuante. Ces deux masses paraissent mobiles et indépendantes l'une de l'autre.

Incision de la paroi abdominale très anémiée depuis la région stomacale jusqu'au pubis. Ruptures de quelques adhérences à la paroi abdominale et à l'épiploon.

Ponction d'une masse liquide qui ne diminue guère la tumeur. On fait alors saillir un gros kyste et l'on s'en débarrasse en liant le pédicule.

La partie dure et pierreuse constituée par des lobes agglomérés est alors attaquée : l'utérus est sectionné au niveau du col et des ligatures en drain sont portées sur les deux ligaments larges.

Les ovaires et les trompes de chaque côté sont absolument sains et normaux : néanmoins, ils sont enlevés.

Cautérisation au fer rouge de la muqueuse du col : suture au catgut du moignon utérin. Les ligaments sont également suturés par un fil en chaîne, — toilette du péritoine et suture de la paroi abdominale à trois étages.

M. Walther. *Sur un cas d'antéversion et d'antéflexion du rein.* (Commission : MM. Polaillon, Bouilly et Segond, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 22 février 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Quénu, demandant un congé de deux mois ;

3° *Note sur le traitement de l'endométrite cervicale*, par M. Buscarlet (de Genève) (M. Bouilly, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

Sur la nature microbienne du catarrhe utérin.

M. Terrier. Messieurs, à propos de la très intéressante communication de M. le Dr Bouilly, je vous ai fait observer que le tableau clinique d'une affection, tableau parfaitement bien esquissé par notre collègue, ne suffisait plus, pour indiquer la nature, l'étiologie et, j'ajouterai, la thérapeutique de cette affection.

La remarque s'applique parfaitement, je crois, à la métrite du col dont nous a entretenu M. Bouilly, métrite dite catarrhale, très rebelle et jouant un rôle, d'ailleurs encore mal établi, dans la question de la non fécondation des malades qui en sont atteintes.

Au tableau clinique, il faut ajouter des recherches bactériologiques, recherches qui ont été en partie faites, il y déjà quelques années et qui se continuent actuellement.

Permettez moi d'en donner un aperçu bien incomplet, mais suffisant pour vous convaincre que tout n'est pas nouveau sur ce point de pathogénie, laissé de côté par notre collègue.

Le vagin et le col utérin renferment d'abondants germes, d'après Hausmann (1870), Otto Kustner (1883-84), Lomer (1885), Bumm (1887). De Winter a décrit dans le col le staphylococcus pyogenes aureus, le citreus, l'albus et des streptococci de trois variétés (1888). Ces germes ne pénétreraient dans la cavité utérine que si l'on pratique le cathétérisme; ils y seraient portés mécaniquement. Steinschneider (1887) signale la persistance des gonocoques dans le col et le corps utérin, alors même qu'ils ont disparu de l'urèthre depuis longtemps.

Pour J. Eraud (1889), le gonocoque vit très bien dans le col et très rarement dans le corps utérin. Ed. Welander, de Stockholm (1889), signale aussi les gonocoques dans les sécrétions du col utérin.

Dans l'inflammation chronique de la muqueuse du col et du corps, les microbes pénètrent non seulement l'épithélium, mais le tissu fibreux sous-jacent, d'après Laplace (1892-93).

Notons que les bacilles de la tuberculose ont été constatés dans les sécrétions utérines par Babès, Schuchard et Krause, Wesener, Koch, Caze et Simon.

Dans son travail inaugural *Sur les endométrites infectieuses* en 1889, mon élève et ami le Dr M. Peraire, a trouvé une bactérie et des cocci dans les sécrétions de l'endométrite, il les a cultivés et inoculés avec succès chez les animaux.

Dans la *métrite cervicale*, il a constaté que des bactéries et des

cocci avaient traversé la muqueuse et s'étaient disséminés jusque dans le tissu musculaire (p. 23), ce qui, par parenthèse, lui paraît fort bien expliquer la ténacité de cette inflammation.

Au moment où mon interne, M. Peraire faisait ces recherches, j'ai, de mon côté, recueilli nombre de faits, et chez des malades de la ville, préalablement soumises à des injections vaginales prolongées au bichlorure de mercure, j'ai, dis-je, recueilli, avec une tige de platine stérilisée, du mucus filant, glaireux, jaunâtre ou verdâtre, sortant du col. Avec le mucus j'ensemenca des tubes préparés, soit à la gélatine, soit à l'agar-agar. Or, je puis affirmer que, dans tous les cas, j'obtenais des cultures de cocci, d'aspect parfois dissemblable, et dues certainement à des espèces différentes. Malheureusement ces espèces de cocci ne furent pas déterminées, mais il me suffisait, comme clinicien, de savoir que les sécrétions spéciales et si caractéristiques de la muqueuse du col, renfermaient des microbes. Dans deux cas, après avoir pratiqué la dilatation du col et du corps, et après avoir fait le curettage du corps et du col, je revis les malades ultérieurement alors qu'elles se plaignaient encore d'être légèrement mouillées, et je pus de nouveau prendre avec mon anse de fil de platine du mucus du col parfaitement clair et transparent. Or, dans ces deux cas, les cultures dans la gélatine restèrent absolument stériles.

Il y aurait donc une sorte de catarrhe, ou plutôt d'hypersécrétion des glandes du col, sans infection microbienne; mais je crois que lorsqu'on a affaire à ces sécrétions colorées en blanc-jaunâtre ou en vert, on se trouve toujours en présence d'affections inoculées, et comme les cocci pénètrent non seulement dans les glandes du col, mais dans le tissu utérin lui-même, on conçoit que ces lésions soient rebelles, et qu'on ait conseillé, comme le fait notre collègue M. Bouilly, l'ablation de la plus grande partie de la muqueuse du col.

Pour mon compte, je crois qu'il faut y ajouter nombre de fois l'ablation du col lui-même, dont le tissu musculaire est infecté.

M. Reynier. A propos du catarrhe du col utérin, j'ai dit que les jeunes femmes qui en étaient atteintes présentaient presque toujours les attributs du tempérament lymphatique, qu'elles avaient fréquemment des végétations adénoïdes; je ne nie pas pour cela l'intervention des microbes, mais je crois qu'ils se développent seulement sur un terrain prédisposé.

Rapport.

Polype fibreux utérin. Expulsion spontanée.

Rapport par M. Routier.

Messieurs, je viens au nom de la commission que vous avez nommée, vous rendre compte d'une observation qui a été adressée à la Société par M. le Dr Decornière, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.

Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans qui alla consulter notre confrère en mai 1884 pour son ventre qui grossissait. Après examen, le diagnostic porté fut : fibrome utérin du volume d'une orange; les symptômes paraissant peu inquiétants, il lui fut conseillé de patienter.

Un an après, en mai 1885, la tumeur avait notablement augmenté, elle avait le volume d'une tête de fœtus à terme, elle faisait tout à fait corps avec l'utérus, nous dit l'auteur.

L'embonpoint de la malade venait rendre plus pénible encore la gêne occasionnée par la tumeur, et la marche devenait difficile.

Le Dr Decornière prescrivit alors 2 grammes d'iodure de potassium par jour; au bout de quinze jours, dit-il, il n'y avait pas d'amélioration, mais survint alors une assez forte perte de sang qui fut suivie d'un mieux notable.

Tous les mois d'abord, mais bientôt toutes les trois semaines il survint des pertes de sang assez abondantes, et toujours précédées de *douleurs très violentes.*

Cet état dura sans changement appréciable pendant trois ans. Au printemps de 1888, quatre ans après la première constatation de l'existence de la tumeur, le traitement à l'iodure de potassium fut repris deux mois environ, et une grande amélioration s'ensuivit nous dit l'auteur; cependant en mai de cette même année 1888, elle a des pertes telles qu'elle doit garder le lit plus de trois semaines.

L'année se passe encore, et en mai 1889, elle doit se remettre au lit pour des pertes. On ne peut plus dire que l'état est le même, car depuis six mois les jambes sont enflées.

Une nouvelle perte de sang survient, suivie d'une perte abondante de sérosité louche, évaluée à 3 ou 4 litres environ, et accompagnée de violentes coliques.

En août 1889, les choses se gâtent, la malade perd l'appétit, doit garder le lit; nouvelle perte très abondante, de sang d'abord pur, puis de sérosité très teintée.

Le 10 septembre, la métrorrhagie dure encore, on prescrit 0,80 centigrammes d'ergot de seigle par jour, qui sont continués jusqu'au 25 septembre.

Le toucher pratiqué déjà à plusieurs reprises ne révèle rien d'anormal, le col a été parfois un peu mou, mais toujours l'orifice a été fermé.

« Depuis deux mois et demi je dois le dire, écrit l'auteur, cette femme a perdu son embonpoint, bien plus elle est arrivée à un degré d'émaciation extrême; l'état général est de plus en plus mauvais, l'estomac ne supporte plus rien, et aucun signe d'expulsion ne paraissant, il faut s'attendre à un dénouement fatal. »

Heureusement que la nature médicatrice veillait.

Le 12 octobre, une masse sphacélée fait apparition à la vulve, notre confrère fait des tractions prudentes comme pour un placenta, et il arrive à entraîner une masse informe qui n'est autre que la tumeur.

Avant de faire enterrer avec de la chaux vive cette tumeur à cause de l'odeur infecte qui avait suivi cette expulsion, l'auteur l'examina, elle était formée de forts tractus fibreux limitant des poches pleines encore de liquide semblable à celui que perdait la malade entre les crises de métrorrhagie.

Les suites furent simples, on fit des injections phéniquées, le 15 novembre, la malade se levait; le 10 avril 1890 cette femme a repris sa fraîcheur d'autrefois, les règles ont reparu. « Elle a enfin une santé florissante qui fait la stupéfaction de son quartier ».

Je ne suivrai pas l'auteur dans sa discussion sur l'efficacité probable du traitement par l'iodure qui aurait eu une action sur les éléments de la tumeur, et de celui par l'ergot qui aurait agi sur l'utérus de façon à modifier sa circulation et à faire de cette tumeur un corps étranger ; vraiment l'action de ces médicaments, si action il y a eu, aurait été bien lente, car la maladie a évolué de 1884 à 1889.

Nous savons du reste que spontanément, et sans doute par le fait des contractions de la fibre utérine, il est des fibromes utérins qui ne se développent pas sur place, subissent une évolution et une migration qui en fait tantôt des corps fibreux sous-péritonéaux, tantôt des corps fibreux sous-muqueux.

Dans le premier cas, le corps fibreux peut ne plus tenir à l'utérus que par un pédicule plus ou moins grêle, et celui-ci peut même se rompre, dit-on, je n'ai jamais vu pour ma part de corps fibreux libre dans la cavité péritonéale.

Dans le second cas, et c'est celui sur lequel je dois surtout insister ici, le corps fibreux fait saillie sous la muqueuse utérine, dans la cavité de l'organe et peut aussi se pédiculer, passant ainsi à l'état de polype.

Quand la tumeur n'a pas un gros volume, l'évolution se fait souvent sans grands accidents, les métrorrhagies, les pertes séreuses peuvent ou ne pas exister, ou prendre des proportions alarmantes, mais l'intervention chirurgicale a facilement raison de cette variété.

Au contraire, quand la tumeur est grosse, l'évolution est plus difficile, et l'expulsion spontanée peut manquer; mais si je ne me

trompe, dans les présentations de l'épaule, l'expulsion du fœtus, acte bien plus physiologique que l'expulsion d'un fibrôme, ne se ferait pas non plus toute seule, et c'est là un des faits les plus concluants en faveur de la nécessité des accoucheurs; ceci pour dire qu'en face d'un fibrome il faut savoir ne pas rester les bras croisés.

Nous avons tous vu plus ou moins de cas analogues à celui que nous relate notre confrère, et la terminaison n'a pas toujours été aussi favorable pour la malade.

Parmi les cas que j'ai pu personnellement observer, je ne vous citerai que les suivants, qui me paraissent intéressants à différents titres.

Tout d'abord une observation qui semblerait prouver qu'un traumatisme, une douleur violente peuvent agir favorablement pour expulser un polype de la cavité utérine.

Il s'agit d'une dame de 50 ans qui, toujours bien portante et ayant jusqu'alors accouché douze fois sans accident, fut prise en janvier 1887 de pertes de sang avec caillots. Visitée à cette époque par son médecin, et à deux reprises par un de nos collègues des hôpitaux, le diagnostic était resté flottant.

En août 1888, je fus appelé auprès d'elle pour une fracture du péroné ; dans les jours qui suivirent, malgré le repos au lit, survint une forte perte de sang, je touchai la malade et trouvai un polype procidant dans le vagin, de la grosseur d'une mandarine, son extirpation fut facile et suivie du succès habituel.

Je sais bien que cette expulsion peut être due à une simple coïncidence avec ce traumatisme, j'ai voulu néanmoins la signaler.

J'ai pu en 1890, à l'hôpital Laennec, enlever par le morcellement direct, un polype qui remplissait le vagin, exerçant des phénomènes de compression vasculaire et nerveux, avec cette particularité que par son volume, la tumeur m'empêchait de sentir par le toucher le col de l'utérus.

Une fois la malade endormie, et la palpation rendue ainsi plus facile, je reconnus l'utérus en arrière et à droite du pubis.

La tumeur enlevée, je vis que le pédicule gros comme le pouce s'insérait en arrière de la lèvre antérieure du col, et que l'utérus avait à peu près son volume normal, 8 centimètres.

Les suites furent simples et la malade guérit.

En août 1890, à l'hôpital Beaujon, au moment où j'allais quitter le service, on apporta une femme de 47 ans, qui avait toutes les allures d'une femme en train d'accoucher.

La vulve était gonflée, et entre les lèvres faisait saillie une

tumeur mollasse grisâtre, il suintait un liquide séro-sanguinolent, et l'odeur était infecte.

Cette femme, soignée depuis longtemps pour une métrite, nous dit-elle, avait été prise brusquement la veille au soir de douleurs expulsives, comme quand elle avait accouché.

Je fis de suite des lavages, et dès que l'anesthésie fut obtenue, avec des pinces, des ciseaux, et surtout mes doigts, j'enlevai une masse fibreuse molle, déformable, qui avait bien le volume d'un fœtus à terme.

La cavité de l'utérus fut soigneusement lavée après section du pédicule, puis bourrée d'iodoforme. La guérison fut rapide ; un mois après elle sortait parfaitement remise.

Je fus moins heureux dans les débuts de ma pratique hospitalière pour un cas observé à la Pitié en 1885.

Il s'agissait d'une femme de 57 ans qui me fut passée du service de M. le Dr Lancereaux, avec un état général des plus graves, jambes gonflées et œdémateuses ; ventre gros, ballonné, douloureux, langue sèche, pouls rapide.

Elle perdait par la vulve un pus épais, vert, phlegmoneux, d'odeur infecte, depuis déjà plusieurs semaines.

Au toucher, on trouvait une masse pulpeuse déchiquetée, remplissant le vagin; nulle part on ne sentait de col ; le toucher était d'autant moins aisé que cette femme était vierge.

M. Lancereux, en m'adressant la malade, me donnait ce renseignement précieux, c'est qu'il avait pu prendre et examiner un fragment de la tumeur et que c'était du fibrome.

Je fis des lavages au sublimé et enlevai cette tumeur par morceaux ; le tout pesait 270 grammes ; mais malgré tous nos soins, nous ne pûmes enrayer la septicémie déjà déclarée et cette femme succombait le septième jour après l'opération avec une péritonite purulente généralisée.

Si j'ai rapproché ces cas de celui que nous a envoyé M. Decornières, c'est pour prouver une fois de plus que le fibrome utérin, quel qu'il soit, ne doit pas être livré à lui-même et considéré comme une quantité négligeable avec laquelle doit vivre la malade qui le porte alors même qu'il ne donne pas d'accidents.

Je ne puis, bien entendu, à cette occasion reprendre le traitement complet des fibromes de l'utérus, mais au moins dirai-je quelques mots de la thérapeutique qui me paraît devoir s'adresser à ceux de ces fibromes qui peuvent être classés dans la variété des sous-muqueux.

Je dirai d'abord qu'à toutes les époques de son existence, aussi bien quand il est contenu dans les parois de l'utérus, c'est-à-dire

quand il est interstitiel, que lorsqu'il est procident dans le vagin, et devenu polype, le fibrome est un corps étranger.

Je ne crois pas qu'il faille beaucoup compter sur l'ergot de seigle ou toutes autres drogues pour le faire passer de ce premier état au second, c'est-à-dire pour l'énucléer.

L'électricité elle-même, quoi qu'on en ait dit, si elle a pu dans certains cas arrêter les hémorragies, n'a pas souvent fait expulser les fibromes de l'utérus.

C'est cependant cette expulsion qu'il faudrait obtenir. Nous ne sommes plus à l'époque où un de mes maîtres pouvait nous défendre de toucher les malades soupçonnées de polype, sous prétexte que par le simple toucher, il avait vu une jeune femme porteuse d'un petit polype mourir de péritonite purulente.

Il avait, sans le savoir, inoculé sa malade. Nous savons nous garer de ces accidents.

Pour formuler le traitement de cette variété de fibromes, je suivrai l'ordre inverse de leur évolution.

Pour les fibromes procidents dans le vagin, quel que soit leur volume, une seule conduite à tenir, l'ablation avec ou sans morcellement, et section du pédicule, le tout avec de rigoureuses précautions antiseptiques : je ne dis pas seulement aseptiques, et à dessein.

Quand le fibrome est libre dans la cavité utérine, c'est encore la même chose, on facilite singulièrement les manœuvres en sectionnant le col sur les deux parties latérales; l'extirpation est alors suivie de la suture du col et les choses se passent le plus souvent avec une extrême simplicité.

Mais faut-il attendre cette période pour attaquer les fibromes? je ne le crois pas, d'autant que cette évolution n'est pas fatale. Et pour en revenir à l'observation qui motive ce rapport, observation très intéressante, car elle suit une malade durant cinq ans, il me semble qu'en face de cette augmentation de la tumeur, de ces pertes de sang récidivantes, et de ces pertes de sérosité qui indiquaient bien qu'un travail intra-utérin se faisait, je n'aurais pas attendu que le col s'entrouvrît, je l'aurais ouvert comme je le disais tout à l'heure et serais allé chercher le fibrome jusque dans sa loge intra-utérine, pour l'en sortir entier, si son volume l'eût permis, en morceaux dans le cas contraire.

Cette extirpation des fibromes par les voies naturelles en respectant l'utérus, est certainement une des plus belles opérations qu'on puisse opposer aux fibromes interstitiels.

Cette façon d'agir, aurait évité à la malade du Dr Decornières ces cinq années de souffrance et de maladie ; à celle que j'ai observée à Beaujon les fortes douleurs et les accidents qui ont précédé

l'expulsion de son fibrome, et enfin, en agissant à temps, on aurait pu sauver la vie de la malade que j'ai vue mourir à la Pitié.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser nos remerciements au docteur Decornières et de déposer son observation aux archives.

Les conclusions du précédent rapport sont mises aux voix et adoptées.

Communications.

1° *Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier 1892 au 1er janvier 1893*,

Par le Dr HENRY DELAGÉNIÈRE, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre correspondant de la Société de chirurgie.

I. — *Opérations pratiquées sur les yeux et les paupières.*

(11 opérations. — 9 succès opératoires, 2 morts.)

2 cataractes molles. 2 bons résultats opératoires et pour le champ visuel.
1 panophtalmie, paracentèse de la chambre antérieure. Iridectomie, lavage; 1 amélioration.
1 atrophie du globe oculaire avec fistule cornéenne. Enucléation de l'œil; 1 guérison.
1 fonte purulente de l'œil avec symptômes généraux graves. Enucléation de l'œil; 1 mort.
1 phlegmon de l'œil. Enucléation; 1 guérison.
2 kystes de la paupière. Extirpation; 2 guérisons.
1 épithélioma de la paupière inférieure. Excision et autoplastie; 1 guérison.
1 épithélioma de l'angle externe des paupières. Extirpation et autoplastie; 1 guérison.
1 épithélioma des paupières et du nez. Extirpation, tentative de greffe italienne; 1 mort.

II. — *Opérations pratiquées sur la tête et la face.*

(41 opérations. — 37 guérisons, 4 morts.)

1 sarcome angiolitique de la dure-mère. Trépanation, extirpation de la dure-mère et de la tumeur; 1 guérison [1].
1 épilepsie et crétinisme. Craniectomie; 1 mort.

[1] *Arch. prov. de chir.*, février 1893, p. 93.

1 plaie contuse du lobe frontal à travers l'orbite avec destruction du globe oculaire. Enucléation de l'œil et drainage du cerveau ; 1 mort.
1 cancer du maxillaire supérieur. Résection du maxillaire supérieur et curage du sinus sphénoïdal; 1 mort.
1 fracture bilatérale compliquée du maxillaire inférieur. Nettoyage des foyers et suture osseuse; 1 guérison.
1 luxation ancienne et bilatérale du maxillaire inférieur. Section simultanée des deux condyles et des deux apophyses coronoïdes ; 1 guérison.
2 séquestres du maxillaire inférieur. Extirpation; 2 guérisons.
1 épulis de la mâchoire supérieure. Extirpation et destruction du périoste; 1 guérison.
1 perforation de la voûte palatine et bifidité de la luette. Uranostaphylorrhaphie; 1 guérison.
1 perforation de la voûte palatine. Uranoplastie; 1 guérison.
2 becs-de-lièvre doubles compliqués. Section du vomer, avivement osseux et double Mirault; 2 guérisons.
1 bec-de-lièvre compliqué unilatéral. Procédé Mirault; 1 guérison.
1 bec-de-lièvre simple. Procédé Mirault; 1 guérison.
1 bec-de-lièvre traumatique. Suture; 1 guérison.
2 polypes muqueux. Extirpation; 2 guérisons.
1 cancer de la langue. Amputation de la langue; 1 guérison.
3 loupes du cuir chevelu. Extirpation; 3 guérisons.
1 épithélioma du cuir chevelu développé sur une tumeur érectile. Extirpation, autoplastie ; 1 guérison.
2 kystes sébacés de la joue. Extirpation; 2 guérisons.
1 grain de plomb n° 6 enkysté dans la joue. Extirpation; 1 guérison.
2 cancroïdes de la joue. Extirpation; 1 guérison.
1 cancroïde de la joue. Extirpation du cancroïde et des ganglions préauriculaires ; 1 guérison.
1 épithélioma de la tempe. Extirpation et autoplastie; 1 guérison.
1 épithélioma du pavillon de l'oreille et du bord postérieur de la parotide. Extirpation ; 1 guérison.
2 épithélioma de la commissure labiale et de la muqueuse jugale. Extirpation; 2 guérisons.
1 épithélioma de l'aile du nez et adénite sous-maxillaire. Extirpation de l'aile du nez, autoplastie et ablation des ganglions; 1 guérison.
1 épithélioma de l'angle du nez. Extirpation, autoplastie ; 1 guérison.
3 épithélioma des lèvres. Excision ; 3 guérisons.
1 kyste de la lèvre. Extirpation; 1 guérison.

1 gomme syphilitique de la racine du nez. Extirpation; 1 guérison.
1 nœvus du nez. Extirpation; 1 mort.

III. — *Opérations pratiquées sur le cou et le pharynx.*
(18 opérations. — 17 guérisons, 1 mort.)

2 kystes congénitaux du cou. Extirpation; 2 guérisons.
1 kyste congénital préhyoïdien. Extirpation; 1 guérison.
1 kyste dermoïde sous-maxillaire. Extirpation; 1 guérison.
1 adénite tuberculeuse des ganglions carotidiens et parotidiens. Extirpation; 1 guérison.
1 abcès tuberculeux de la peau du cou. Extirpation, curage et suture; 1 guérison.
3 adéno-phelgmons du cou. Incision; 3 guérisons.
1 croup chez un adulte. Trachéotomie; 1 mort.
1 tumeur érectile du cou. Extirpation; 1 guérison.
1 tumeur adénoïde et hypertrophie d'une amydale. Ablation des tumeurs adénoïdes et amygdalotomie unilatérale; 1 guérison.
5 hypertrophies des amygdales. Double amygdalotomie; 5 guérisons.
1 hypertrophie de l'amygdale. Amygdalotomie unilatérale; 1 guérison.

IV. — *Opérations pratiquées sur la colonne vertébrale, le thorax et le sein.*
(20 opérations. — 20 guérisons.)

2 abcès froid de la colonne vertébrale. Résection costale et drainage vertébral; 2 guérisons.
1 pleurésie purulente par rupture d'un kyste hydatique du poumon dans la plèvre. Empyène et pneumotomie; 1 guérison.
1 kyste hydatique suppuré du poumon. Estlander et extirpation complète du kyste; 1 guérison.
1 abcès froid d'origine costale. Résection partielle de trois côtes; 1 guérison.
2 cancers ulcérés du sein. Amputation et évidement de l'aisselle, 2 guérisons.
8 cancers du sein non ulcérés. Amputation et évidement de l'aisselle; 8 guérisons.
1 cancer des deux seins. Double amputation et évidement des deux aisselles; 1 guérison.
1 tumeur ganglionnaire de l'aisselle. Evidement de l'aisselle. 1 guérison.

1 épithélioma de la peau du sein. Extirpation; 1 guérison.
1 lipome du dos. Extirpation; 1 guérison.
1 anthrax du dos. Incision cruciale; 1 guérison.

V. — *Opérations pratiquées sur l'abdomen et l'intestin.*
(36 opérations. — 29 guérisons, 7 morts.)

7 hernies inguinales. Cure radicale; 7 guérisons.
2 hernies inguinales et hydrocèle de la tunique vaginale. Cure radicale de la hernie et de l'hydrocèle; 2 guérisons.
2 hernies inguinales congénitales avec péritonite purulente herniaire. Extirpation du sac et de la vaginale; 2 guérisons.
3 hernies inguinales étranglées. Kélotomie et cure radicale; 2 guérisons.
1 hernie inguinale étranglée avec énorme épanchement séro-sanguin dans la cavité péritonéale. Kélotomie, cure radicale et drainage du péritoine; 1 guérison.
1 hernie inguinale étranglée. Gangrène de l'intestin. Kélotomie, résection de 25 centimètres d'intestin. Suture circulaire, réduction et cure radicale; 1 mort.
2 hernies crurales. Cure radicale; 2 guérisons.
1 hernie crurale étranglée. Kélotomie et cure radicale; 1 guérison.
1 prolapsus du rectum avec hernie rectale. Résection du rectum et cure radicale de la hernie; 1 guérison.
1 cancer de la partie supérieure du rectum. Opération de Kraske; 1 mort.
2 occlusions intestinales par cancer de la partie supérieure du rectum. Anus iliaque; 1 guérison. 1 mort.
1 étranglement interne par bride cicatricielle. Laparotomie et entéroplastie; 1 mort.
1 occlusion intestinale par cancer du cæcum. Entéro-anastomose; 1 mort.
1 Anus contre nature. Laparotomie, entéro-anastomose, abrasion de l'anus et suture; 1 mort.
1 cancer du pylore. Gastro-entérostomie postérieure; 1 mort[1].
1 tumeur ombilicale formée aux dépens de l'ouraque. Extirpation et résection de l'ouraque; 1 guérison.
1 phlegmon de la fosse iliaque. Incision et drainago; 1 guérison.
2 hémorrhoïdes externes et fissure anale. Extirpation des hémorrhoïdes et dilatation forcée; 2 guérisons.
6 fistule à l'anus. Incision au thermo-cautère; 6 guérisons.

[1] Voir *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, séance du 9 novembre 1892.

VI. — *Opérations pratiquées sur le foie.*
(1 opération. — 1 mort.)

1 cirrhose hypertrophique. Laparotomie exploratrice ; 1 mort.

VII. — *Opérations pratiquées sur le bassin.*
(1 opération. — 1 guérison.)

1 séquestre de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Résection ; 1 guérison.

VIII. — *Opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme.*
(73 opérations. — 70 guérisons, 3 morts.)

A. *Laparotomies.*
(36 opérations. — 35 guérisons, 1 mort.)

4 kystes multiloculaires de l'ovaire. Double ovariotomie ; 4 guérisons.
1 kyste multiloculaire de l'ovaire chez une femme enceinte. Ovariotomie; 1 guérison et continuation de la grossesse [1].
2 kystes végétants de l'ovaire. Double ovariotomie ; 2 guérisons.
1 suppuration pelvienne avec fistule intestinale. Laparotomie. Double salpingo-oophorectomie, suture de l'intestin; 1 guérison.
1 pyo-salpingite et hématocèle, fistule utérine. Double salpingo-oophorectomie; suture de l'utérus et hystéropexie par le procédé F. Terrier; 1 guérison.
1 pyo-salpingite et hématocèle. Double salpingo-oophorectomie ; 1 guérison.
5 pyo-salpingites. Double salpingo-oophorectomie; 5 guérisons.
1 pyo-salpingite et hémato-salpingite. Double salpingo-oophrectomie; 1 guérison.
2 hémato-salpingites. Double salpingo-oophorectomie ; 2 guérisons.
4 ovaro-salpingites. Double salpingo-oophorectomie; 4 guérisons.
2 pyo-salpingites et rétroversion. Double salpingo-oophorectomie; 2 guérisons.
5 rétroversions et ovaro-salpingites. Double salpingo-oophorectomie et hystéropexie par le procédé F. Terrier ; 5 guérisons.
3 corps fibreux de l'utérus. Opération d'Hégar ; 3 guérisons.

[1] Observation présentée au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles (13-17 septembre 1892).

1 corps fibreux volumineux. Extirpation des annexes à droite ; ligature atrophique à gauche ; 1 guérison.
3 Fibro-myomes de l'utérus. Hystérectomie abdominale, pédicule extérieur; 2 guérisons, 1 mort.

B. *Opérations vaginales ou pratiquées par le vagin.*
(37 opérations. — 35 guérisons, 2 morts.)

4 cancers de l'utérus. Hystérectomie vaginale totale ; 4 guérisons.
1 suppuration pelvienne, hystérectomie vaginale totale ; 1 guérison.
1 pyo-salpingite ancienne et épithélioma du col utérin. Hystérectomie vaginale; 1 mort.
1 cancer de l'utérus. Amputation sus-vaginale; 1 guérison.
2 fibro-myomes utérins remontant au-dessus de l'ombilic et sphacélés. Enucléation par morcellement; 1 guérison, 1 mort.
1 fibro-myome utérin remontant au-dessus de l'ombilic. Enucléation par morcellement ; 1 guérison.
1 fibrome de l'utérus sous-muqueux. Enucléation ; 1 guérison.
1 infection de la cavité utérine après énucléation d'un gros fibrome. Curettage ; 1 guérison.
2 fistules vésico-vaginales consécutives à une hystérectomie. Avivement et suture ; 2 guérisons.
8 métrites suite de couches. Curettage et drainage ; 8 guérisons.
4 métrites et hypertrophies du col. Curettage et amputation du col ; 4 guérisons.
6 métrites, hypertrophie du col, déchirure du périnée. Curettage, amputation du col et périnéorrhaphie de Tait ; 6 guérisons.
1 métrite et déchirure complète du périnée. Curettage et périnéorrhaphie de Tait ; 1 guérison.
2 métrites, prolapsus utérin, déchirure du périnée. Curettage, amputation du col. colporrhaphie antérieure et périnéorrhaphie de Tait ; 2 guérisons.
1 métrite et kyste du vagin. Curettage, extirpation du kyste ; 1 guérison.
1 métrite et bartholinite. Curettage et extirpation de la glande de Bartholin ; 1 guérison.

IX. — *Opérations obstétricales.*
(6 opérations. — 5 guérisons, 1 mort.)

1 dystocie par corps fibreux. Opération de Porro ; 1 guérison et enfant vivant [1].

[1] Observation présentée au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles (*loc. cit.*).

1 rétrécissement du bassin, enfant mort. Basiotripsie; 1 guérison.
2 infections puerpérales par rétention de débris placentaires. Curettage; 2 guérisons.
1 péritonite puerpérale généralisée. Curettage; 1 mort.
1 péritonite puerpérale généralisée, suite de fausse couche. Curettage; 1 guérison.

X. — *Opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme.*
(6 opérations. — 5 guérisons, 1 mort.)

1 sarcome du testicule généralisé. Castration et extirpation des ganglions inguinaux et iliaques; 1 mort.
1 sarcôme du testicule. Castration et résection intra-abdominale du canal déférent; 1 guérison.
2 tuberculoses du testicule. Castration et résection intra-abdominale du canal déférent; 2 guérisons.
1 kyste spermatique et hydrocèle. Extirpation du kyste et de la vaginale; 1 guérison.
1 hydrocèle de la tunique vaginale. Extirpation totale de la vaginale; 1 guérison.

XI. — *Opérations pratiquées sur les voies urinaires.*
(8 opérations. — 8 guérisons.)

1 sarcome du rein généralisé. Laparotomie exploratrice; 1 guérison.
1 poche urineuse ombilicale par persistance de l'ouraque. Extirpation de la poche et résection de l'ouraque; 1 guérison [1].
1 tuberculose vésicale, taille hypogastrique; 1 guérison avec fistule.
2 fistules sus-pubiennes consécutives à une taille hypogastrique. Suture vésicale; 2 guérisons.
1 rétrécissement infranchissable, rétention d'urine, poche urineuse, uréthrotomie externe; 1 guérison.
1 rétrécissement de l'urèthre. Uréthrotomie interne; 1 guérison.
1 uréthrocèle et ectropion de la muqueuse de l'urèthre. Résection de l'urèthre et suture; 1 guérison.

XII. — *Opérations pratiquées sur le membre supérieur.*
(14 opérations. — 14 guérisons.)

1 carie de la clavicule. Résection de la moitié externe de la clavicule; 1 guérison.

[1] *Annales prov. de chirurgie*, septembre 1892, p. 222.

1 abcès froid du coude gauche et séquestre de l'extrémité supérieure du radius. Curage de l'abcès et résection du radius; 1 guérison.
1 épithélioma de la main. Amputation de l'avant-bras; 1 guérison.
1 synovite fongueuse des extenseurs. Dissection des extenseurs 1 guérison.
1 kyste du poignet. Extirpation; 1 guérison.
2 épithéliomas du dos de la main. Extirpation; 2 guérisons.
1 carie des os du carpe. Curage; 1 guérison.
1 carie d'un métacarpien. Curage; 1 guérison.
1 fracture compliquée des 3 premiers métacarpiens. Section de deux tendons extenseurs. Exploration des foyers et extraction des esquilles; suture des tendons; 1 guérison.
1 phlegmon de la main et de l'avant-bras. Incision; 1 guérison.
1 arrachement de l'index. Résection de la moitié de la première phalange; 1 guérison.
1 gangrène de l'index droit. Amputation du doigt; 1 guérison.
1 spina ventosa. Amputation; 1 guérison.

XIII. — *Opérations pratiquées sur le membre inférieur.*

(30 opérations. — 29 guérisons, 1 mort.)

1 adénite inguinale suppurée. Extirpation des ganglions du pli de l'aine; 1 guérison.
1 exostose du condyle interne. Extirpation; 1 guérison.
1 névrome du saphène interne et tumeur blanche du genou. Extirpation du névrome et arthrectomie du genou; 1 guérison.
1 ancienne tumeur blanche suppurée du genou. Amputation circulaire de la cuisse; 1 guérison.
1 cancroïde de la peau de la cuisse. Extirpation; 1 guérison.
1 fistule osseuse du genou. Curage, trépanation du condyle; 1 guérison.
1 tubercule sous-cutané douloureux de la région du genou. Extirpation; 1 guérison.
1 hygroma du genou. Extirpation; 1 guérison.
2 séquestres au niveau d'une ancienne fracture compliquée de l'extrémité inférieure du fémur. Extirpation; 2 guérisons.
1 fracture comminutive de la rotule et arthrite suppurée. Ouverture de l'articulation, nettoyage du foyer; 1 guérison.
1 carie du grand trochanter et abcès froid sous-tricipital. Résection du grand trochanter et curage de l'abcès froid; 1 guérison.
1 trajet fistuleux du genou. Curage; 1 guérison.

1 plaie contuse et gangréneuse des muscles postérieurs de la jambe. Excision des parties gangrenées; 1 guérison.
1 injection purulente par ostéo-myélite du tibia. Évidement de l'os; 1 mort.
1 séquestre du tibia. Évidement de la moitié supérieure de l'os; 1 guérison.
1 abcès du tibia. Trépanation du tibia; 1 guérison.
1 tumeur blanche tibio-tarsienne suppurée. Résection tibio-tarsienne; 1 guérison.
1 pied-bot varus équin. Extirpation de l'astragale et tarsotomie interne; 1 guérison.
2 pieds-bots varus équins. Tarsotomie interne et section du tendon d'Achille; 2 guérisons.
1 pied-bot varus équin. Ténotomie et redressement forcé; 1 guérison.
1 pied-bot varus par cal vicieux d'une ancienne fracture du péroné. Double section du péroné et section interne de l'aponévrose plantaire; 1 guérison.
2 ostéo-arthrites du pied. Curage; 2 guérisons.
1 carie du calcanéum et l'astragale. Résection du calcanéum et d'une partie de l'astragale; 1 guérison.
1 plaie par arme à feu de l'articulation métatarso-phalangienne du petit orteil. Extirpation de la balle, curage et drainage; 1 guérison.
1 spina ventosa du 4e orteil. Amputation de l'orteil; 1 guérison.
1 ongle incarné. Ablation de l'ongle et de la matrice. (Procédé Quénu 1er genre); 1 guérison.
1 ongle incarné. Ablation linéaire de la matrice. (Procédé Quénu 2e genre); 1 guérison.

Le chiffre total des opérations que nous venons d'énumérer est de 265, donnant en bloc 21 morts opératoires, ou ayant suivi de trop peu de temps l'opération pour que celle-ci ne puisse être incriminée.

Le premier cas de mort se rencontre pour une énucléation de l'œil chez un homme présentant des symptômes cérébraux graves; la fonte purulente de l'œil n'était qu'un épiphénomène insignifiant, et l'opération ne put empêcher la mort qui survint quelques heures après.

Le deuxième cas est celui d'une malade atteinte d'un volumineux épithélioma des paupières et du nez. Elle mourut de pneumonie septique 11 jours après l'opération, le lambeau cutané emprunté au bras s'étant gangrené et ayant infecté la plaie.

Viennent ensuite : une mort pour résection du maxillaire su-

périeur, la malade mourut d'inanition 14 jours après l'opération. Une mort par diarrhée verte à la suite d'une cranicctomie, 11 jours après l'opération ; l'enfant était complètement guéri de son opération. Une mort, 5 jours après l'extirpation d'un insignifiant nœvus du nez, chez un cnfant de 13 mois, opéré au début d'une broncho-pneumonie. Enfin une mort pour un cas de plaie contuse du cerveau. Il s'agissait d'un enfant de 20 mois chez lequel une dent de herse avait pénétré dans le crâne par l'orbite ; cet enfant, dans le coma au moment de l'intervention, mourut vingt-quatre heures après.

Une trachéotomie pour un cas de croup chez un adulte fut suivie de mort 8 jours après l'opération par congestion pulmonaire.

Les opérations pratiquées sur l'abdomen et l'intestin fournissent à elles seules, 7 cas de mort sur 36 opérations. Deux cas d'entéro-anastomose pour cancer de l'intestin et anus contre nature, un cas de gastro-cntérostomose. Ces trois malades épuisés au moment de l'opération, et arrivés à la dernière période de la cachexie, meurent du choc opératoire ou (dans le dernier cas) d'épuisement. Les quatre autres cas se rapportent à :

1° Résection de 25 centimètres d'intestin sphacélé, au cours d'une kélotomie ; l'opération est faite à la campagne sur un malade épuisé qui s'éteint dans le collapsus quelques heures après l'opération.

2° Une entéroplastie pour bride cicatricielle ayant amené subitement un étranglement interne ; des accidents analogues se manifestent 4 jours après l'opération et le malade succombe avant qu'on ait pu lui porter secours.

3° Unc opération de Kraske ; la tumeur est volumineuse, l'opération extrêmement laboricuse ; le malade perd beaucoup de sang et meurt du choc opératoire quelques heures après l'opération.

4° Un anus contre nature pratiqué pour un cas d'occlusion intestinale ; la malade épuisée avant l'opération s'éteint dans le marasme 15 jours après l'intervention.

Une laparotomie exploratrice faite chez un malade atteint de cirrhose hypertrophique est suivie de mort par hématémèse foudroyante le cinquième jour.

Les laparotomies faites pour les affections des organes génitaux ne donnent qu'une seule mort sur 36 opérations. Il s'agit d'une hystérectomie abdominale pratiquée pour un fibro-myome volumineux, dont le pédiculo est fixé à la paroi. La mort survient le sixième jour par péritonite septique développée autour du pédicule.

Nous relevons ensuite une mort dans un cas d'hystérectomie vaginale pour cancer du col et suppuration pelvienne ancienne. Cette malade mourut d'hémorrhagie consécutive au déclanchement d'une

pince. Puis une mort par septicémie aiguë survenue à la suite de l'énucléation par morcellement d'un fibro-myome sphacélé remontant au-dessus de l'ombilic ; et enfin une mort après un curettage de l'utérus pour une péritonite puerpérale. Cette malade était complètement infectée au moment de l'intervention ; la péritonite généralisée, l'utérus flasque et atone ; elle succomba dans le collapsus 24 heures après.

Parmi les opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme, nous avons une mort par embolie pulmonaire survenue quelques heures après l'extirpation d'un énorme sarcome du testicule et des ganglions inguinaux et iliaques. L'opération avait été des plus laborieuses.

Enfin, le dernier cas de mort a trait à un malade atteint d'infection purulente consécutive à une ostéo-myélite du tibia et opéré d'urgence. Il s'éteignit dans le marasme 48 heures après.

Nous venons de passer rapidement en revue les cas de mort et en avons examiné les causes ; nous appellerons maintenant l'attention du lecteur sur les quelques considérations suivantes :

1° Les opérations pratiquées sur l'intestin présentent la plus grande gravité, et si nous revenons sur ce point, c'est dans le but de faire ressortir les causes de cette gravité extrême. Tous les malades sur lesquels nous avons pratiqué ces opérations étaient épuisés et arrivés à la période ultime de leur affection. Le choc opératoire inévitable après une intervention aussi longue et délicate, fut la cause principale de la terminaison funeste. Dans aucun cas nous n'avons eu de péritonite consécutive à l'irruption de matières fécales dans la cavité péritonéale, mais dans un cas de gastro-entérostomose, la fistule établie entre l'estomac et l'intestin n'a pas fonctionné, ce que nous avions attribué à la disposition linéaire de l'ouverture créée.

Une entéro-anastomose, pratiquée dans un cas d'anus contre nature ancien consécutif à la gangrène de l'anse d'intestin, dans une hernie étranglée, se montra grave, et fut d'une exécution plus difficile, qu'une résection intestinale suivie de la suture circulaire des deux bouts. Dans le cas dont il s'agit, il n'y avait pas d'éperon; le bout supérieur s'abouchait à plein canal avec la peau, et le bout inférieur s'était rétracté dans l'abdomen en arrière de l'anneau. Cette malade mourut du choc opératoire, mais l'anse d'intestin supérieure était distendue par les liquides intestinaux, tandis que l'anse inférieure était restée flasque comme au moment de l'opération; ce qui semblerait indiquer que, dans ce cas encore, la fistule créée n'avait pas fonctionné.

Ce cas rapproché de celui de gastro-entérostomose sus-men-

tionné nous porterait à adopter la pratique de Mayo Robson qui fixe dans ses fistules des bobines creuses en os décalcifié.

2° Nous abordons maintenant une des questions les plus importantes de la chirurgie gynécologique; nous voulons parler du traitement chirurgical des fibromes de l'utérus.

La diversité des opérations que nous avons pratiquées démontre aussi bien l'incertitude de l'application des méthodes d'intervention que la grande variété des cas.

L'hystérectomie abdominale était regardée par nous comme la ressource extrême, de sorte que nous n'avons eu l'occasion de l'appliquer que trois fois, chez des malades atteintes de tumeurs volumineuses, et épuisées. Elle nous a donné 2 succès complets.

La castration nous a donné 3 succès définitifs sur 4. La bénignité de cette opération nous a poussé à la pratiquer dans un cas de gros fibro-myome remontant à l'ombilic. Un des ovaires se trouvait étalé sur la tumeur, de sorte que la ligature atrophique fut pratiquée du côté correspondant. La tumeur se sphacéla et fut enlevée par morcellement trois semaines plus tard. La malade succomba à cette deuxième opération.

L'énucléation par morcellement des tumeurs fibreuses volumineuses a été pratiquée trois fois seulement. Une fois la malade succomba ; chez les deux autres malades la cavité du fibrome s'infecta secondairement, ce qui eut pour conséquence une phlegmatia alba dolens chez l'une, et nécessita chez l'autre un curettage de la cavité infectée.

L'énucléation des petits fibromes sous-muqueux fut pratiquée une seule fois avec un succès complet.

L'étude de ces malades ainsi que celle des autres cas de notre pratique nous amène aux conclusions suivantes :

1° L'hystérectomie abdominale est l'opération de choix pour toutes les tumeurs fibreuses qui atteignent l'ombilic.

2° La castration ou opération d'Hégar est l'opération de choix pour les petites tumeurs, chez les femmes jeunes, quand le symptôme dominant est l'hémorrhagie.

3° L'énucléation par morcellement est indiquée dans le cas de petites tumeurs sous-muqueuses ; elle devra se compléter de l'hystérectomie vaginale, si la cavité est anfractueuse et difficile à drainer.

4° Tous les cas qui ne rentrent pas dans ces catégories très nettes seront susceptibles de l'hystérectomie abdominale.

Cette dernière opération redevient donc presque l'opération de choix, malgré sa gravité.

Nous avons adopté la fixation extérieure du pédicule, mais nous cherchons à lui substituer une méthode plus radicale et que nous

croyons aussi sûre ; celle de l'hystérectomie abdominale totale sur laquelle nous reviendrons dans une publication ultérieure.

3° Les cas de suppurations pelviennes ont tous été traités par la laparotomie, à l'exception de deux pour lesquels j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale. Mes 11 laparotomiées ont guéri de l'opération, une seule a succombé de tuberculose pulmonaire plusieurs mois après ; les 10 autres vont bien aujourd'hui. — L'une des hystérectomisées est morte de l'opération, accidentellement, puisque la mort a été la conséquence du déclanchement d'une pince. Mais l'autre est morte également, deux mois après l'intervention, sans avoir vu tarir un instant l'écoulement de pus par le vagin.

4° Enfin, j'insisterai sur l'efficacité des curettages et drainages de l'utérus dans les accidents de septicémie puerpérale. Sur 4 cas nous avons eu 4 succès.

Deux fois l'infection fut consécutive à la rétention de débris du placenta, et dans les 2 autres cas, l'utérus ne contenait aucun débris. Malgré cela une amélioration immédiate suivit l'intervention, et l'une des malades guérit ; l'autre, opérée en ville, succomba.

2° *Opération césarienne suivie de succès pour la mère et pour l'enfant*

Par M. Picqué.

Mme B... née B..., âgée de 37 ans, directrice de l'enseignement primaire m'est adressée en juin 1892 du midi de la France par mon confrère et ami le Dr Atgier.

Cette jeune femme est mariée depuis dix mois et actuellement enceinte de huit mois et demi. Ses dernières règles datent du 25 septembre.

Dès le début elle consulta un médecin de son pays : il reconnut la présence d'un corps fibreux occupant toute l'excavation et conseilla l'interruption de la grossesse. Cette première opinion fut corroborée par un accoucheur des hôpitaux, mais la malade voulut que la grossesse suivît son cours.

En juin M. le D^r^. Picqué conclut également à la nécessité d'une intervention sanglante, mais avant de se déterminer, il prit successivement l'avis de M. Champetier de Ribès, accoucheur des hôpitaux, et de M. le professeur Tarnier qui déclarèrent que le fibrome ne pouvait remonter et conclurent tous deux à l'urgence d'une opération.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade vit et se porte bien, la mère est morte diabétique, elle a trois frères dont un est mort de fièvre typhoïde et trois sœurs dont une est cardiaque.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 42.3.93. *Le gérant : G. Masson.*

Antécédents personnels. — A toujours été très faible durant sa jeunesse. Réglée à 17 ans, pas de maladie à noter.

La malade mariée depuis dix mois avait remarqué peu de temps avant son mariage l'existence d'une tumeur abdominale qui n'occasionnait aucune gêne.

Les règles ont toujours présenté une grande régularité et une abondance normale.

Quelques difficultés pour uriner : la miction se faisait avec effort et durait longtemps.

Examen. — Le ventre est développé tranversalement. Au palper on sent que l'excavation est remplie par une masse dure absolument fixe. Le fœtus est placé transversalement la tête au niveau du flanc gauche; les petites extrémités fœtales à droite et le dos en avant. De plus on sentait nettement dans la corne droite de l'utérus un fibrome du volume d'un œuf de poule.

On entend les bruits du cœur au niveau et un peu au-dessus de l'ombilic.

Toucher. — Par le toucher on trouve une masse considérable remplissant toute l'excavation. Le vagin est comme refoulé de haut en bas. Le col utérin très difficile à atteindre est placé très haut à gauche et en avant : cette disposition est tout à fait analogue à celle qu'on observe dans la rétroversion de l'utérus gravide. La tumeur fait partie intégrante de l'utérus et occupe la portion sus-vaginale du col; et il est absolument impossible qu'elle remonte.

Il existe des phénomènes de compression : œdème de la vulve et des membres inférieurs.

Gêne respiratoire. Pas d'albumine dans l'urine.

M. le Dr Champetier, avec une courtoisie dont je ne saurais trop le remercier, voulut bien m'offrir pour l'y opérer, son service à la maternité de l'hôpital Tenon. Elle y entra le 16 juin et l'opération fut fixée au 23.

Quelques jours avant son entrée, la malade avait éprouvé quelques douleurs de reins.

Dans la nuit du 22 au 23 à 2 heures du matin, la rupture des membranes s'effectua suivie de douleurs utérines et lombaires vives, revenant à intervalles réguliers.

On fit immédiatement une piqûre de 1/2 centimètre de morphine qui calma immédiatement les douleurs et la malade dormit le reste de la nuit. Elle eut en même temps un écoulement de glaires sanguinolentes.

L'opération ayant été fixée pour le 23, toutes les précautions antiseptiques concernant la malade avaient été prises (bains, purgatifs, etc.).

M. Picqué pratiqua l'opération césarienne pour des motifs qui seront indiqués plus loin, avec l'assistance précieuse de son excellent maître, M. Pozzi et de ses collègues et amis, MM. Nélaton et Champetier de Ribes.

Opération. — Incision de la paroi abdominale jusqu'à l'ombilic. La paroi antérieure de l'utérus est mise à découvert, mais l'utérus est lui-même laissé en place. Des compresses de tarlatane sont insinuées sous la paroi abdominale afin d'éviter toute effusion de liquide dans la cavité du péritone.

L'utérus est incisé avec précaution sur la ligne médiane dans une étendue de 16 centimètres. L'incision est faite sur l'insertion du placenta.

Quelques pinces ont été mises, chemin faisant, sur la tranche utérine au fur et à mesure que le tissu utérin est incisé; les doigts sont placés sur les bouches vasculaires béantes. Enfin dès que le placenta apparaît, il est rapidement décollé ainsi qu'une grande partie des membranes et l'hémorragie est réduite au minimum.

M. Picqué procède à l'extraction d'un enfant vivant (fille) en prenant la tête tout d'abord, puis enlève le reste des membranes qui avaient été déchirées.

La cavité utérine est lavée à l'eau bouillie très chaude et les parois reviennent rapidement sur elles-mêmes. La paroi interne est également frottée à l'aide de compresses de tarlatane.

M. Picqué procède ensuite à la suture utérine sans résection musculaire préalable. Un premier plan de 11 sutures profondes à la soie est placé, comprenant toute la paroi en respectant la muqueuse.

Un deuxième plan de 48 points de suture superficielle séro-séreuse donnent ainsi une occlusion absolue de la cavité.

Suture en étage de la paroi abdominale selon le procédé employé à l'hôpital Pascal. L'opération a duré une heure et demie et n'a consisté en somme qu'en une simple opération césarienne; un fibrome, de la grosseur d'une noix, a été énucléé de la face antérieure de l'utérus.

Injection vaginale et pansement à la gaze salolée dont l'extrémité a été placé dans le col pour en entretenir la perméabilité et faciliter ainsi l'écoulement lochial.

Le réveil de la malade fut facile. Champagne glacé.

Nuit excellente; un centigramme de morphine est injecté. Pas de vomissements. T. 37°,6.

24 *juin*. La malade va bien; légère douleur dans le ventre. Champagne glacé. Morphine la nuit. T. matin 37°,3, soir 37°,2.

25 *juin*. Un peu d'agitation la nuit; a cependant un peu reposé; une sonde est placée dans le rectum pour l'évacuation des gaz. Lavement vineux le soir. Lait coupé d'eau de Vichy, T. matin 37°,1, soir, 37°,1.

26 *juin*. Pouls un peu rapide (100), a eu vers 5 heures un peu d'agitation et de malaise général qui n'ont été que passagers. Il y a moins de douleur dans le ventre. Lavement de glycérine. Lait et bouillon. T. matin 37°,3, soir 37°,6.

A partir de ce jour, injection vaginale matin et soir avec introduction du doigt dans le col; on le ramène légèrement et très doucement afin de donner cours aux lochies. Écoulement de lochies normal.

Les jours suivants la malade va aussi bien que possible et demande à manger.

La température n'a jamais dépassé 37°,6.

6 *juillet*. Le premier pansement est enlevé. La réunion est parfaite.

14 *juillet*. La malade se lève (22e jour).

19 *juillet*. MM. Picqué et Champetier pratiquent le toucher qui fournit le résultat suivant:

L'excavation est complètement remplie par un corps fibreux qui fait corps avec l'utérus. La masse occupe l'excavation et remonte à 4 ou 5 travers de doigt au-dessus de la symphyse se dirigeant franchement à droite et dépassant très peu à gauche la ligne médiane. On peut imprimer à cette tumeur dans tous les sens certains mouvements; il ne paraît pas y avoir d'adhérences intimes de cette masse, soit avec les parois de l'excavation, soit avec la paroi abdominale.

Depuis que la malade marche, il y a un peu de douleur dans la fosse iliaque gauche et un peu d'œdème du membre inférieur droit. La miction et la défécation s'exécutent normalement.

On ne peut plus distinguer à la surface de l'utérus le fibrome volumineux qu'on sentait avant l'opération au niveau du fond. Il se confond avec la masse.

L'enfant de la malade est en excellent état. Mme B... quitte l'hôpital Ténon le 21 juillet.

M. Picqué a revu la malade une dernière fois avant son départ définitif de Paris; les quelques douleurs qu'elle éprouvait en marchant ont disparu. L'état général est excellent.

Je serai bref, Messieurs, sur les considérations qui m'ont poussé à cette intervention ; d'une façon générale on peut dire que, depuis la réintroduction en France de la symphyséotomie, grâce aux travaux du professeur Pinard, les indications des interventions sanglantes par la voie abdominale se sont restreintes de plus en plus. Les indications relatives de ces opérations (bassins rétrécis, par exemple, où l'on pouvait choisir entre les méthodes fœticides et l'intervention sanglante) n'existent plus aujourd'hui et c'est à la symphyséotomie qu'il convient d'avoir recours. Mais il existe des indications absolues dans les cas où, comme chez ma malade, existe un fibrome occupant le segment inférieur de l'utérus et remplissant l'excavation pelvienne. Dans ces conditions, méthodes fœticides et symphyséotomie sont manifestement insuffisantes, et c'est à l'intervention sanglante par la voie abdominale qu'il faut s'adresser. J'avais à choisir entre l'opération césarienne conservatrice et l'opération de Porro dans laquelle on pratique l'ablation de l'utérus et des annexes.

Sans revenir aujourd'hui sur un parallèle un peu vieilli et qui d'ailleurs a été bien discuté au sein de cette Société, en particulier par MM. Bouilly et Lucas Championnière, je me contenterai de

dire que si, dès le début, j'ai été entraîné vers l'opération de Porro, partageant l'illusion de l'école de Vienne, sur la possibilité de débarrasser ma malade de sa tumeur, je me suis vite décidé à pratiquer l'opération césarienne en voyant l'impossibilité de remplir mon programme primitif, suivant en cela la pratique de Sauger, et me réservant comme lui d'intervenir ultérieurement contre le corps fibreux par l'hystérectomie vaginale.

Je ne veux pas terminer cette communication sans revenir sur quelques points du manuel opératoire qui n'ont pu trouver place ailleurs.

Tous les auteurs insistent sur les deux indications suivantes : 1° Prévenir l'hémorragie immmédiate. 2° Éviter l'irruption du liquide amniotique dans le péritoine.

Contre le deuxième accident, Muller recommande d'attirer l'utérus hors le ventre, et ce procédé est conseillé par Léopold. Je crois qu'il est plus simple d'opérer *in situ* à la condition d'être bien assisté, et L. Championnière a bien fait d'insister sur ce fait : c'est en somme un cas particulier de l'ouverture des kystes ovariques.

Contre l'hémorragie immédiate, Litzmann a proposé l'hémostase élastique provisoire, adopté par Sanger. Rejetant le procédé de Muller, cette application doit être rendue bien difficile et doit augmenter les chances d'infection par le traumatisme péritonéal qui peut en être la conséquence. Cette hémostase est-elle bien utile ? dans mon cas,je suis tombé en plein placenta et l'hémorragie a été nulle. C'est à mon sens une question d'assistance éclairée et de rapidité dans le décollement du placenta. Au fur et à mesure de mon incision, des pinces étaient placées sur toutes les bouches vasculaires et, dès que l'incision fut complète, je décollai rapidement le placenta sans l'inciser.

Je crois, en somme, que la technique, là comme ailleurs, doit être simplifiée le plus possible, et c'est à ce titre que je repousse la ligature élastique tout comme le procédé de Muller.

Incision utérine et suture. — L'incision utérine doit porter sur la ligne médiane, et il me semble facile, bien qu'on ait prétendu le contraire, de ne pas empiéter sur les parties latérales. Elle doit avoir une étendue de 15 à 18 centimètres pour faciliter les manœuvres.

La préparation de la plaie par la formation de deux lambeaux péritonéaux, conseillée d'abord par Sanger, pour faciliter l'adossement des séreuses, me semble une complication superflue à laquelle il faut renoncer, comme Sanger lui-même l'a fait au congrès de Munich en 1886.

La résection musculaire, proposée par Léopold, n'a plus sa raison d'être, malgré l'avis opposé de quelques accoucheurs, quand l'incision a été faite convenablement et suivant une ligne régulière ; dans notre cas, nous n'avons pas eu à réséquer ; la surface de suture était très régulière après la contraction utérine, et je crois qu'il peut en être de même dans tous les cas.

Au point de vue de l'application des sutures, les procédés los plus compliqués ont été proposés et mis en usage. Nous ne rappellerons que pour mémoire, les sutures d'une seule pièce de Sanger (abandonnées par leur auteur), les procédés séro-séreux de Schultz, les procédés à trois étages de Fasola, de Schrœder et de Lebedeff cités par Berlin dans un mémoire intéressant.

Certes, ces procédés ont été imaginés à l'époque où l'on redoutait tant l'épanchement de liquide septique dans la cavité abdominale, c'est-à-dire à la période préaseptique où l'on savait mal désinfecter la cavité utérine. Il ne faudrait pas croire cependant qu'on puisse simplifier outre mesure ces procédés,et je pense que, toutes choses égales d'ailleurs, il est indispensable de conserver le principe du double plan de sutures en usage pour tous les viscères creux, et proposé par Sanger dans l'opération qui nous occupe. Aussi, ne puis-je admettre le procédé préconisé par Terrier et Fritsch qui se bornent à affronter la musculeuse en abandonnant le péritoine à lui-même. Je pense, comme eux, qu'il y a intérêt à aller vite, mais néanmoins, j'estime qu'il est indispensable de faire le minimum nécessaire.

Le récent procédé de Léopold est intéressant : il conseille, lors de la striction des points profonds, de repousser entre les lèvres de la plaie les bords de la séreuse qu'on réunit ensuite par un surjet. Le procédé doit se faire rapidement : jo ne crois pas indispensable de faire cette invagination, et je me demande si elle ne diminue pas la solidité de la suture musculaire.

Dans mon cas, j'ai fait la suture de la façon suivante :

1° Premier plan de sutures profondes à points séparés, intéressant toute l'épaisseur de la paroi, moins la muqueuse, et ressortant de chaque côté des lèvres de la solution de continuité à environ un centimètre. Chaque point de suture est serré successivement.

2° Deuxième plan de sutures séro-séreuses selon le procédé de Lembert.

Lorsque les fils profonds ont été coupés, quelques points de sutures séro-séreux sont appliqués à leur niveau, cachant par conséquent le nœud de la suture.

Bien des discusssions ont eu lieu au sujet du fil à employer, et l'on peut dire que toutes les substances ont été employées.

Toutes ces discussions n'ont plus de raison d'être aujourd'hui, et je pense que l'on peut recourir indifféremment à toutes les substances, sauf le fil d'argent, abandonné par Léopold lui-même.

Dans mon cas, j'ai fait toutes les sutures à la soie, soie de Czerny pour les sutures profondes, soie fine pour les sutures superficielles. Je crois pouvoir affirmer en terminant que toutes les choses égales d'ailleurs, c'est dans une suture solide que réside la sécurité absolue de l'opération, dans les cas restreints où elle se trouvera désormais indiquée.

Discussion.

M. Bouilly. On doit féliciter M. Picqué de son succès, car les guérisons sont encore assez rares aujourd'hui dans des conditions semblables. J'ai eu l'occasion de pratiquer une opération du même ordre que je communiquerai en détail à la Société. Dans ce cas, j'ai eu à lutter contre une hémorrhagie consécutive très abondante. J'ai profité de l'ouverture du ventre pour faire le traitement atrophique du fibrome, en pratiquant l'ablation des annexes; et, plus tard, j'ai pu constater que le fibrome avait considérablement diminué de volume.

M. Picqué. J'avais pensé également à l'ablation des annexes; mais l'opération avait déjà été longue, j'ai craint, en la prolongeant, d'en compromettre le résultat.

Traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction.

Par M. Félizet.

J'ai le devoir de porter à votre connaissance un fait malheureux, une catastrophe chirurgicale.

l s'agit d'un enfant de 5 ans, G. G..., entré dans mon service le 7 février dernier, salle Dolbeau 22 *bis*, pour deux gros kystes hydatiques de la face convexe du foie. C'était un enfant bien portant et parfaitement conformé. Je l'ai opéré le 16 février, à onze heures; il est mort quatre heures après.

J'ai eu déjà huit fois affaire aux kystes hydatiques. Les cinq premiers appartenaient à des adultes.

J'ai fait usage d'abord, à l'exemple de mes premiers maîtres, de la méthode de Récamier : je lui ai dû deux succès. Plus tard, j'ai eu recours à la laparotomie. J'ouvrais la paroi, je fixais le foie au

péritoine pariétal et, comme je n'ai pas le don des audaces, j'attendais trois jours avant d'ouvrir le kyste.

J'ai guéri ainsi trois malades adultes.

Quand j'ai pris le service de la chirurgie infantile de Tenon, ce que je savais de l'anatomie des kystes hydatiques, de leurs rapports avec le tissu hépatique, de leur développement rapide, de l'unité générale de leur poche, sans vésicules filles, de la souplesse du tissu hépatique propice aux rétractions rapides, tout cela m'engagea à changer ma manière de faire.

J'eus l'idée de recourir à la ponction suivie de l'injection de sublimé.

En 1890 et en 1891, j'opérai ainsi deux enfants et la guérison se produisit avec une simplicité qui m'encouragea. Un de ces enfants était en état, vingt-cinq jours après, de subir l'opération radicale d'une hernie.

Je crus devoir appliquer à mon dernier petit malade une méthode que j'avais éprouvée simple et efficace. Je viens vous déclarer que j'ai eu tort et que les deux succès dont j'étais assez fier, étaient immérités. Dans mon opération dernière, la ponction du plus gros des deux kystes, donna issue à environ 300 grammes de liquide parfaitement clair et homogène.

L'injection, avec l'appareil Potain, chasse facilement 250 gr. de liqueur de Van Swieten glycérinée et je me proposais d'attendre cinq minutes.

L'enfant était chloroformé. Avant les cinq minutes, il fut pris de nausées et, sous l'influence de ses efforts, je sentis la tumeur fondre en partie sous ma main.

Je hâtai l'aspiration : l'aspiration n'amena pas 10 grammes de liquide.

Je multipliai les tentatives pour dégorger le trocart, car je ne savais pas si quelque hydatide libre ne le bouchait pas.

Rien ne sortit. Je refermai la plaie. Je prescrivis de faire prendre, par la voie rectale, un contre-poison au sublimé. L'enfant réveillé accusa une douleur atroce dans le ventre; il fut pris de refroidissement, pouls misérable, face pâle, pupille dilatée. En même temps une diarrhée abondante apparaissait. A trois heures il succombait.

L'autopsie, pratiquée avec le plus grand soin, par mon interne M. Haron, montra que la plaie faite par le trocart était large, fissurée, sans tendance à la rétraction et que le péritoine était rouge, velouté et soulevé partout par de l'œdème.

La vessie était absolument vide : entre l'opération et la mort l'enfant n'avait pas sécrété une goutte d'urine.

Il est évident que la laparotomie que je voulais pratiquer et que

les événements ne m'ont pas laissé le temps de mettre à exécution, n'eût servi à rien.

C'est précisément à cause du caractère aveugle de l'opération, et du caractère irréparable de la complication, que j'ai cru devoir, sans tarder, vous communiquer ce fait, pour vous adjurer de ne pas recourir au trocart.

Ce petit instrument, mince et bénin en apparence, est l'agent d'une pratique meurtrière.

La laparotomie, avec son ouverture franche et sa longue incision, qui effraie encore quelques-uns, est la pratique la plus prudente, la seule prudente.

Grâce à elle, on voit ce qu'on fait, et les complications peuvent être combattues à ciel ouvert, avec les meilleures chances de succès.

C'est à elle que j'aurai recours dorénavant.

Discussion.

M. Bouilly. Il faut féliciter M. Félizet du courage et de la loyauté dont il fait preuve en nous communiquant ce pénible insuccès. Mais je le trouve trop radical dans ses conclusions. Je lui conseille seulement de modifier sa pratique; l'introduction d'une grande quantité de sublimé constitue toujours un danger ; mais si l'on en injecte seulement une petite dose, par exemple, 10 grammes de liqueur de Van Swieten pour un kyste renfermant 300 à 500 gr. de liquide, on peut guérir le mal, sans courir les dangers d'une intoxication.

M. Verneuil. L'observation de M. Félizet me remet en mémoire un accident semblable qui m'est arrivé il y a quelques années. Il s'agissait d'une malade portant une énorme tumeur abdominale présentant tous les caractères des kystes hématiques de la rate. J'injectai dans cette énorme poche une grande quantité de solution phéniquée qu'il me fut impossible de faire sortir par la canule du trocart. J'estime que la quantité de la solution restant dans le kyste représentait 5 grammes d'acide phénique environ. La mort survint au bout de quarante-huit heures par intoxication.

Quant au traitement des kystes hydatiques par la ponction suivie des injections antiseptiques, on doit se rappeler qu'on a obtenu le même résultat par la ponction seule, sans injection. Mais souvent, en pareil cas, la guérison n'est pas définitive; la récidive peut se produire après une ou plusieurs années.

M. Monod. Dans la prochaine séance, je déposerai sur le bureau

de la Société une observation de guérison d'un kyste hydatique par l'injection de 10 grammes de liqueur de Van Swieten.

M. Terrier. J'ai soutenu qu'il était préférable de pratiquer l'ablation des kystes hydatiques pour éviter les inconvénients inhérents à la ponction, aux cautérisations et aux autres méthodes de traitement. Cependant, dans quelques cas, j'ai eu recours au procédé de Debove, et j'en ai eu de bons résultats, je ne considère donc pas la question comme étant définitivement tranchée ; mon incertitude augmente quand je vois les chirurgiens d'un pays, comme la Nouvelle-Hollande, où les kystes hydatiques sont extrêmement fréquents, partagés entre les deux opinions, les uns préconisant la ponction suivie d'injections antiseptiques, tandis que les autres demandent une opération plus radicale. Je reproche à la ponction un inconvénient grave : on n'est jamais sûr d'avoir affaire à un kyste unique; s'il en existe plusieurs, ceux qui restent continuent à se développer après la guérison du kyste principal, d'où la production de récidives.

Deux malades actuels de mon service, traités tous deux par l'incision, peuvent venir à l'appui de cette assertion : chez l'un, le kyste était unique et aurait pu guérir par la ponction; chez l'autre, au contraire, il existait des milliers d'hydatides, et la ponction serait demeurée insuffisante.

M. Routier, J'ai eu l'occasion de traiter par l'incision un volumineux kyste hydatique suppuré. Pendant deux mois, le malade marcha vers la guérison; puis brusquement la température s'éleva jusqu'à 40°. En introduisant le doigt dans la cavité, je pus ouvrir un second kyste renfermant un demi-litre de pus. Dans ce cas, la ponction serait nécessairement restée insuffisante.

M. Félizet. La ponction faite au moyen du trocart est une mauvaise blessure qui se ferme mal; quel que soit le liquide employé, il peut s'écouler dans le péritoine. La ponction constitue, en outre, une opération aveugle. Je crois que l'avantage doit rester à l'opération à ciel ouvert.

M. Terrier. On utilise en Australie un procédé qui consiste à pratiquer l'extirpation complète du kyste et à réunir par la suture le tissu du foie mis à nu.

M. Pozzi. J'ai pratiqué cette dernière opération il y a cinq ans, et je l'ai communiquée au 2e Congrès français de chirurgie. Presque en même temps, une opération analogue était pratiquée en Allemagne.

Présentation de pièces.

M. Delagenière présente une *tumeur sacrococcygienne* à la surface de laquelle existait un trajet fistuleux donnant issue à un liquide séro-purulent. Il s'agissait d'un kyste dermoïde; sur les parties latérales du coccyx se trouvaient deux pièces osseuses articulées avec lui.

M. Guinard, chirurgien des hôpitaux, montre le moule d'une *tumeur congénitale* de la peau de la partie postérieure de la jambe opérée par lui chez un jeune homme de 21 ans.

(Commission : MM. Peyrot, Jalaguier, et G. Marchant, rapporteur).

M. Monprofit (d'Angers) donne lecture d'une observation de *grossesse extra-utérine de trois mois et demi; laparotomie, guérison.*

(Commission : MM. Terrier, Polaillon et Lucas-Championnière, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 1er mars 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de M. Delorme, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, et de M. Peyrot, demandant un congé pour la durée du concours du Bureau central de médecine, dont il est juge ;

3° MM. Dieterlen (de Cannes) et Beugnies-Corbeau (de Givet) adressent des observations pouvant servir à la pathogénie du tétanos (M. Verneuil, rapporteur) ;

4° *Cas de torsion du cordon spermatique avec étranglement de la glande dans un testicule incomplètement descendu*, par Thomas Bryant (Brochure en anglais, Extrait des *Bulletins de la société royale, médicale et chirurgicale*, 3e sér., t. IV, p. 80).

A propos du procès-verbal.

Enorme tumeur fibreuse en sablier incluse en partie dans la cavité utérine et le vagin. Morcellement. Guérison.

M. Picqué. — L'intéressant rapport de M. Routier sur l'évolution spontanée des fibromes utérins et ses dangers, m'engage à vous rapporter ici l'histoire d'une malade que j'ai observée à l'hôpital Pascal en 1890, dans le service de M. Pozzi, que j'avais l'honneur de suppléer.

La nommée R... Arsène, âgée de 40 ans, repasseuse, entra le 18 mars 1890, salle Pascal A, lit n° 8, pour des accidents hypogastriques graves.

Accidents héréditaires. — Mère morte d'un cancer dans l'estomac.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans et demie. Règles abondantes et régulières. A eu quatre grossesses : la première à 15 ans, la dernière en 1872. Ces grossesses ont été normales.

En 1879, la malade a présenté des phénomènes très aigus de pelvipéritonite? à la suite d'une brusque suppression des règles, suivie d'une aménorrhée qui a duré neuf mois. Elle avait été prise dans la journée de douleurs très violentes dans le bas-ventre avec sueurs froides, une sage-femme consultée crut à une fausse couche et pratiqua le toucher. Une forte hémorrhagie se déclara qui put être arrêtée par un médecin. Les douleurs persistèrent : un nouveau médecin consulté porta le diagnostic de métro-péritonite. La malade resta quatre mois et demi au lit et finit par guérir définitivement ; depuis, elle s'est toujours bien portée jusqu'à il y a cinq mois, époque à laquelle il se manifesta une leucorrhée abondante. Mercredi dernier, la malade travaillait dans son atelier quand elle fut prise subitement de douleurs violentes dans l'hypogastre. Elle fut obligée de s'aliter. Ces douleurs persistèrent jusqu'au 17 mars. Le lendemain 18, elle se décida à entrer à l'hôpital. A un premier examen, on constate que la malade perd un liquide abondant, roussâtre, fétide, et empesant le linge. Le ventre est ballonné et douloureux. Des douleurs expulsives apparaissent par inter-

valles; la malade les compare à celles de l'accouchement; elles durent depuis quarante-huit heures. L'état général est peu satisfaisant, la malade est pâle et très anémiée, les traits sont altérés, l'appétit nul, la soif très vive. T. 38°

Examen de la malade. — A la palpation, on constate une tumeur dure, arrondie, située plutôt à droite de la ligne médiane; elle remonte jusqu'au niveau de l'ombilic. Malgré son gros volume, le malade ne s'était jamais aperçu de cette tumeur qui n'avait donné jusqu'alors lieu à aucun symptôme particulier.

A la pression, la malade n'éprouve aucune douleur.

L'examen de la vulve démontre l'écoulement d'un liquide fétide et abondant, contenant des caillots en putréfaction et du tissu sphacélé.

Au toucher, le doigt est arrêté aussitôt par une tumeur dure, un peu ramollie par places. L'exploration permet de reconnaître à cette tumeur le volume d'une tête d'adolescent.

En poussant plus loin l'exploration du vagin, on arrive assez difficilement sur le col utérin qui est très dilaté et pour ainsi dire effacé, comme dans le travail.

Par son orifice sort un large pédicule difficile à circonscrire. Il est fortement serré sur le col.

Avec le toucher combiné au palper, il semble qu'il y ait deux tumeurs, une vaginale et l'autre utérine. Néanmoins, vu la propagation des mouvements provoqués, il est plausible d'admettre une tumeur en forme de sablier.

Cette exploration réveille les douleurs expulsives qui se répètent dès lors fréquemment. Injections vaginales à la solution de sublimé au 5 millième. Injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

19 mars. — T. 38°,5. Les douleurs sont moindres, l'écoulement est moins abondant. Il y a eu pendant la nuit une hémorragie assez abondante.

A la suite d'un nouvel examen, les douleurs expulsives apparaissent de nouveau. La tumeur est à la vulve; on continue les injections de sublimé. Potion de Todd.

Le 20 mars, les douleurs sont moins fortes, mais la malade est assez abattue. T. 38°,6.

M. Picqué se décide à une intervention qu'il a retardée volontairement pour permettre une désinfection suffisante du vagin.

Opération sous chloroforme. Désinfection babituelle de la vulve et du vagin.

La tumeur vaginale est morcellée à l'aide de ciseaux forts, droits et courbes. D'ailleurs, elle est en grande partie sphacelée et n'offre aucune résistance aux mouvements de traction exercés sur elle.

Peu à peu on arrive au niveau du col utérin; celui-ci largement ouvert laisse facilement pénétrer la main. M. Picqué essaye ensuite de contourner cette tumeur qui est très adhérente à l'utérus en haut et sur une surface qu'on peut évaluer à 4 ou 5 centimètres.

Par des tractions et des manœuvres appropriées d'une spatule coudée du forceps et de la main introduite dans l'utérus, M. Picqué arrive à

énucléer la tumeur qui se détache brusquement. Mais il est encore nécessaire d'en morceller une partie pour lui faire franchir l'orifice très dilaté du col.

Il se produit un écoulement sanguin assez notable, mais qui ne tarde pas à s'arrêter dès que l'énorme cavité utérine revient sur elle-même.

Toilette soignée du conduit génital. Lavage intra-utérin à l'eau bouillie.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le soir la malade est très abattue, mais la température est à 37°,2.

Les lavages intra-utérins sont continués chaque jour.

Les forces reviennent chaque jour. Le 4 avril, la malade quitte le service complètement guérie.

N.-B. — Il nous a été permis de revoir la malade plusieurs fois dans le courant de l'année. La guérison s'est maintenue, la santé est excellente. A l'examen on trouve l'utérus petit et mobile.

Dans notre cas, l'intervention n'était pas discutable, puisque la tumeur faisait saillie dans le vagin et presque à la vulve. Il doit en être de même, à mon avis, dans tous les cas où la tumeur est incluse dans la cavité utérine. Il faut toujours, en présence de métrorragies rebelles et d'accidents septiques, pratiquer d'abord sous chloroforme et après dilatation, l'exploration de la cavité utérine, et ne pas attendre la possibilité très aléatoire d'une évolution spontanée pleine de périls, comme l'a fait remarquer excellemment M. Routier. Cette observation démontre encore qu'on peut dans un certain nombre de cas, extirper le fibrome sans recourir à une mutilation plus grande.

Dans notre cas, nous avons eu recours au procédé du morcellement bien supérieur à tous les autres et que nous avons du reste vu appliquer plusieurs fois et avec le plus grand succès dans des cas analogues, par notre excellent et cher maître, M. Périer. Les débridements de la vulve préconisés par plusieurs chirurgiens et encore tout récemment, m'ont toujours paru inutiles. Il ne s'agit dans ces cas que d'avoir de bons assistants, comme d'ailleurs dans toutes les opérations pratiquées par la voie vaginale.

Rapport.

Sur un cas de *phimosis chez l'adulte*; *pyélo-néphrite consécutive; mort*, par M. le Dr Pauzat.

Rapport par M. Picqué.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous rendre compte d'une observation de M. le Dr Pauzat, médecin-major attaché à l'hôpital

militaire de Rennes. Il s'agit d'un cas assez exceptionnel de phimosis congénital terminé par la mort et nous devons savoir le plus grand gré à notre confrère d'avoir bien voulu nous communiquer ce fait, qui tout en nous montrant une complication exceptionnelle du phimosis vient, comme vous le verrez plus loin, confirmer d'une façon très simple les beaux et récents travaux de M. Guyon et de ses distingués collaborateurs.

. Voilà d'abord l'observation que je vais résumer le plus succinctement possible.

Il s'agit d'un jeune soldat de 21 ans robuste n'offrant aucun antécédent personnel ni héréditaire et présentant un phimosis très serré et d'origine congénitale. L'orifice préputial est arrondi et tellement étroit qu'un stylet de trousse suffit à en remplir la lumière. Cet orifice ne répond pas d'ailleurs au méat urinaire et est dévié de 3 à 4 millimètres vers la face dorsale de la verge.

Les bords en sont notablement épaissis et très peu élastiques. Le prépuce est étalé sur le gland et ne présente aucun développement exagéré.

Cette infirmité ne le gêne, dit-il, en aucune façon et le malade urine sans difficulté, ses parents affirment cependant que ses mictions sont très longues. Il paraît d'ailleurs honteux de cet état, se cache pour uriner et refuse toute intervention.

Dans les deux mois qui ont suivi son incorporation, il s'est présenté deux fois à la visite se plaignant de céphalalgie, de lassitude générale et d'une soif presque constante, mais ses indispositions ont toujours été de courte durée et n'ont exigé aucun traitemeni spécial. Il a toujours fait son service.

Le 21 septembre 1891, P... entre à l'infirmerie pour la première fois pour une bronchite aiguë généralisée avec fièvre assez vive.

Le 28, les accidents avaient disparu et le malade pouvait être considéré comme guéri, lorsque dans la soirée du 29 il est brusquement atteint d'un frisson violent avec vomissements alimentaires et bilieux. Le 30 au matin il accuse une céphalalgie intense et une prostration complète. La température est à 39°,3, le pouls à 90°, le facies très altéré.

Le malade a rendu dans la nuit un demi-litre d'urine, mais, dans la région sus-pubienne, il existe néanmoins une saillie considérable du globe vésical. L'urine est fortement albumineuse, mais ne contient pas de pus.

M. Pauzat pense à une lésion rénale et l'envoie à l'hôpital où il pratique sur-le-champ l'incision du phimosis, et bien que le malade n'accuse pas le besoin d'uriner, il évacue deux litres d'urine à l'aide de la sonde.

Le passage de la sonde n° 18 n'atteste pas l'existence d'un rétrécissement de l'urèthre.

Le soir même l'état du malade s'est aggravé; la céphalalgie est très intense, le facies très altéré, la langue sèche, l'agitation continuelle;

il existe un délire intermittent; température 39°,8, le pouls est à 110°.

Crise convulsive généralisée, de courte durée à cinq heures.

Un nouveau cathétérisme est pratiqué à 7 heures et fournit un demi-litre d'urine albumineuse.

L'agitation et le délire continuent pendant la nuit du 30 au 31.

Le malade meurt le 31 janvier à 7 heures dans une nouvelle crise de convulsions généralisées.

L'autopsie est fort instructive et je vous demande la permission d'insister un peu sur les particularités qu'elle a présentées.

Le calibre de l'urêthre est absolument normal.

La vessie offre des dimensions exceptionnelles ; son sommet dépasse de trois à quatre travers de doigt le bord supérieur du pubis.

Extraite de l'abdomen et mise à plat sur la table, elle mesure 21 centimètres dans le sens vertical et 14,5 dans le sens transversal. Sa capacité est exactement de deux litres et demi. Elle ne contient que 400 gr. d'urine.

Sa paroi ne présente aucune trace apparente d'inflammation ; son épaisseur est normale.

Les deux uretères ont un calibre normal depuis leur embouchure dans la vessie jusqu'à un travers de doigt au-dessus du détroit supérieur du petit bassin : à partir de ce niveau ils sont très largement dilatés et leur diamètre transversal mesuré à diverses hauteurs varie entre 2cm,5 et 3 centimètres.

En outre chaque uretère décrit une double flexuosité. La dilatation des bassinets est également considérable. La muqueuse des uretères, des bassinets et des calices n'offre pas non plus d'altération appréciable à la vue.

Les reins possèdent des dimensions à peu près normales.

La capsule est très adhérente ; la couche corticale est épaissie (12 millimètres), pâle, dure, d'apparence fibreuse.

Les colonnes de Bertin ont les mêmes caractères : les pyramides de Malpighi sont rétrécies et exsangues. Il n'y a pas eu d'examen histologique, mais M. Pauzat admet l'existence d'une néphrite interstitielle à un stade peu avancé.

Il n'existe aucune autre lésion viscérale, si ce n'est un peu de congestion à la base des poumons.

Cette observation nous a paru intéressante à analyser.

A différentes époques on a essayé d'établir une corrélation plus ou moins hypothétique entre le phimosis et une série d'accidents nerveux ; nous ne reprendrons pas à cet égard pour les discuter les opinions de Fleury, de Althaus, de Sayre et de beaucoup de médecins en Angleterre et en Amérique où cette notion est très répandue, opinions qui ont été reproduites dans l'article de Mathieu du *Dictionnaire encyclopédique* et dans la thèse récente de Berger en 1890.

La nature des accidents qui ont entraîné la mort de ce jeune soldat est tout autre et leur filiation est bien différente.

Ici les accidents sont les mêmes que ceux qu'on observe dans les parties supérieures de l'arbre urinaire à la suite du rétrécissement de l'urèthre. Des observations intéressantes en ont été données récemment par Hart et Hupp.

La seule différence réside dans le siège même du rétrécissement qui est pour ainsi dire extrinsèque puisqu'il siège au niveau du limbe préputial et il est regrettable que l'auteur n'ait pas donné une description suffisamment exacte et minutieuse de ce phimosis. Déjà en 1882 mon regretté maître Richet avait attiré l'attention sur cette analogie importante (*Gaz. hopit.* 1882).

Ainsi envisagé le fait devient banal et, n'était le siège du rétrécissement, il ne mériterait pas la peine d'être publié.

Or c'est là le véritable intérêt de cette observation, car les accidents ainsi produits sont rares et le phimosis est généralement considéré comme une lésion de faible importance.

Il faut donc dans certains cas en revenir de cette opinion optimiste; l'observation actuelle en est la preuve. Déjà Borelli en 1851, Riecke, Reliquet et Hart avaient signalé des cas de rétention vésicale guéris par la simple incision du phimosis.

J'ai dit plus haut que nous nous trouvions en présence des accidents qui accompagnent les rétrécissements uréthraux. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les développements qui suivent cette observation.

Aujourd'hui les conditions anatomo-pathologiques et pathogéniques de l'infection ascendante ont été admirablement étudiés et décrits par le professeur Guyon, M. Albarran et Hallé principalement dans leur récente étude expérimentale communiquée à l'Institut et publiée dans les *Archives de médecine expérimentale.*

Ce n'est pas le lieu de reprendre cette question dont les principaux points sont bien connus aujourd'hui grâce aux travaux importants de l'école de Necker.

Nous nous contenterons de remarquer que chez le malade de M. Pauzat la dilatation de l'uretère s'est produite de haut en bas.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à M. le Dr Pauzat; 2° de déposer son observation dans nos archives; 3° d'inscrire M. le Dr Pauzat qui s'est fait déjà connaître par plusieurs travaux intéressants, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Discussion.

M. Verneuil. Toutes les fois qu'on est en présence d'un rétré-

cissement, on est exposé à voir so développer des néphrites; le phimosis ne saurait échapper à cette loi; on doit donc prendre garde, quand on opère un phimosis, surtout chez l'adulte, étant donnée l'énorme mortalité que fournissent les opérations chez les rénaux.

M. Reclus. Le titre donné à cette observation ne me paraît pas exact. En effet, on ne saurait dire qu'ici la mort soit imputable à l'opération, puisque les accidents avaient débuté avant toute intervention chirurgicale.

M. Verneuil. La remarque de M. Reclus est parfaitement juste. C'est là une raison de plus pour ne pas opérer avant d'avoir fait auparavant le traitement de la néphrite, surtout quand l'opération ne présente pas, comme c'est ici le cas, un caractère d'urgence.

M. Tuffier. Les cas dans lesquels le phimosis s'accompagne de rétention d'urine et de lésions consécutives de l'arbre urinaire sont rares. Il s'agit en général de phimosis adhérents et surtout de ces variétés dans lesquelles le limbe même du prépuce adhère au méat, formant un véritable retrécissement de l'urèthre. Quand ces adhérences manquent, il se forme souvent une poche aux dépens du prépuce, et les malades réclament une intervention avant que les lésions ascendantes soient devenues graves. Chez un vieillard goutteux que j'ai opéré avec M. le Dr Thibierge en 1890, j'ai trouvé ainsi sous un prépuce distendu trois gros calculs du volume d'un noyau de cerise. Chez le malade de M. Pauzat, il serait donc nécessaire de savoir dans quel état se trouvait le prépuce incisé.

Il est un second point du plus haut intérêt pour l'établissement des responsabilités dans cette malheureuse intervention; c'est celui qui a trait à la nature des lésions de l'arbre urinaire. S'agit-il d'une lésion septique ou aseptique? Dans le premier cas, le débridement n'aurait eu d'autre effet que d'aggraver les lésions de pyélonéphrite anciennes, et le fait rentrait alors dans le cadre des opérations mortelles en pareille circonstance.

Si, au contraire, la dilatation des voies urinaires était aseptique, c'est à l'infection opératoire qu'il faudrait attribuer les accidents, car nous savons avec quelle facilité et avec quelle rapidité souvent foudroyante ces distensions aseptiques se transforment en pyélonéphrites.

M. Picqué. Dans l'observation de M. Pauzat, il n'est pas fait mention d'adhérences préputiales; quant aux accidents infectieux, ils ont débuté avant l'opération; ils ne peuvent donc lui être attri-

bués. D'ailleurs, dans la description anatomo-pathologique, il est dit que, nulle part, on n'a trouvé de suppuration.

M. Tillaux. Le malade n'était-il pas diabétique; car, plus d'une fois, on a vu la mort survenir en pareil cas, à la suite de l'opération du phimosis.

M. Picqué. Non, l'examen des urines au point de vue de la présence du sucre, était resté négatif.

Les conclusions du rapport de M. Picqué sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

Sur un cas d'*acné hypertrophique opéré avec succès*, par le Dr Delie (d'Ypres).

Rapport par M. Félizet.

Au mois de juin 1892, un de nos confrères de la Belgique vous a donné lecture d'une opération pratiquée sur le nez d'un homme atteint d'acné rosacé hypertrophique. Il vous a mis sous les yeux la photographie de son opéré et vous avez vu, dans un flacon, la masse énorme d'un nez dont on n'avait détaché que les portions strictement nécessaires pour faire un examen histologique de la pièce.

Le Dr Delie, qui exerce, avec distinction, notre art à Ypres, a fait une opération dont le retentissement a été considérable dans la Flandre occidentale.

Son patient était un personnage officiel, bourgmestre d'un centre commercial important, homme d'âge, mais aussi, comme l'a dit notre confrère, « fort homme de société, c'est-à-dire adonné aux boissons alcooliques ».

Son nez avait pris, à la longue, des dimensions et une teinte qui faisaient rire tout le monde. Vous vous souvenez de la relation que nous fit le Dr Delie des misères de ce pauvre homme. Il n'osait plus se montrer en public; l'autorité dont la confiance du roi l'avait investi tombait dans le ridicule. Il devenait mélancolique et rentré chez lui, qui sait s'il ne traitait pas son chagrin par des pratiques qui consolaient la tristesse de son âme, en même temps qu'elles aggravaient la difformité de son nez.

Le Dr Delie eut le courage d'entreprendre une cure devant laquelle plusieurs de ses confrères avaient reculé. Vous trouverez, dans l'observation très intéressante qu'il nous a remise, et dont je

vous demanderai le dépôt aux archives de la Société, des détails pleins d'intérêt sur la conduite de l'opération et sur les péripéties qui précédèrent le beau succès de réfection du nez que vous avez pu constater.

Ce que je dois signaler ici surtout, c'est la façon franche dont M. Delie a attaqué le mal et les procédés qu'il a mis en usage pour réparer la brèche qu'il avait faite.

En présence de cette énorme difformité nasale, M. Delie a le mérite d'avoir compris d'emblée l'inutilité des demi-mesures. Il est certain que les scarifications, les pointes de feu profondes, les injections modificatrices ne pouvaient avoir, dans l'espèce, que les conséquences de demi-mesures, c'est-à-dire l'insuccès certain avec l'aggravation probable de la difformité.

Le Dr Delie s'est donc décidé à enlever la totalité du mal, comme une tumeur maligne. C'est là le premier point intéressant de son opération.

Il a seulement gardé le bordage des narines, qui devait lui servir de limite et de soutien dans la réparation ultérieure. La masse enlevée, vous l'avez eue sous les yeux, et malgré la rétraction due à l'alcool, vous avez vu qu'elle emplissait un bocal de 200 grammes environ. L'hémorragie fut habilement et lestement arrêtée et, séance tenante, on procéda à la restauration.

Avec l'intégrité de la charpente ostéo-cartilagineuse et surtout avec la conservation du bord des narines, M. Delie avait le choix des moyens.

Il préféra à la méthode indienne et à la méthode italienne, pour des raisons très cliniques qu'il vous a exposées, le procédé plus simple de la transplantation faciale : c'est ce qu'on désigne, dans la technique de la rhinoplastie, sous le nom de méthode française.

En prolongeant à droite et à gauche son incision horizontale inférieure et en faisant en haut des débridements convenables, M. Delie mobilisa deux lambeaux suffisants pour recouvrir le squelette du nez.

La réunion par première intention se fit dans la plus grande partie, le bourgeonnement compléta, sur un point bien placé, la réunion, et en une vingtaine de jours, son opéré avait repris une figure tout à fait présentable.

M. Delie a donc, par des moyens simples, obtenu un beau succès, et nous pouvons dire en voyant, sur la photographie, le revêtement net et régulier du nez, que ni la méthode italienne, ni la méthode indienne n'auraient donné un résultat plus correct ni plus voisin de l'état naturel.

Notre confrère belge a tenu à ce que la Société de chirurgie eût

la primeur de cette observation curieuse dont il est venu nous faire la lecture.

Nous vous proposons : 1° d'adresser des remerciements à M. le Dr Delie; 2° de déposer son observation aux archives; 3° de retenir le nom du Dr Delie et de lui donner une place honorable sur la liste des candidats au titre de correspondants étrangers.

Discussion.

M. Berger. Il ne faudrait pas croire que dans l'acné hypertrophique, les excès alcooliques aient toujours une grande importance étiologique ; beaucoup de malades sont parfaitement sobres. Quant au traitement, M. Le Dentu a communiqué, il y a quelques années, à la Société de chirurgie, un travail reposant sur plusieurs observations, dans lesquelles il avait employé une méthode très simple. J'ai suivi les indications données par lui, et je m'en suis toujours bien trouvé. Son procédé consiste à exciser en totalité le tissu morbide, sans s'occuper de la réparation. On circonscrit de toutes parts le tissu à enlever par une ou plusieurs incisions, puis on l'abrase avec le bistouri, en prenant la précaution de laisser intact le squelette ostéo-cartilagineux du nez. Pour cela, on guide le bistouri sur le doigt préalablement introduit dans la narine. On n'a pas à s'occuper, dis-je, de la réparation. En effet, si profonde que soit l'abrasion, on laisse toujours dans la plaie des culs-de-sacs glandulaires.

De ces culs-de-sacs part une prolifération épithéliale abondante qui, de toute part, vient recouvrir la surface cruentée. La réparation est complète en dix à quinze jours. Le nez ainsi opéré conserve une forme sensiblement normale. Il a seulement une coloration d'un gris bleuâtre, ardoisée. Somme toute, l'opération est plus simple que M. Delie ne l'a indiqué. Seule, l'hémorragie est abondante, mais elle cède facilement à la compression. Comme pansement, j'utilise pendant les premiers jours, un pansement au salol légèrement compressif, puis j'ai recours au lint boriqué. Les médecins de Saint-Louis conseillent l'emploi de l'emplâtre rouge, ou encore l'emplâtre de Vigo.

M. Lucas-Championnière. Avant M. Le Dentu, M. Ollier a fait à la Société de chirurgie une communication relative à un grand nombre de cas de cette nature opérés par lui. Le procédé qu'il emploie est la décortication au thermocautère, sans réparation consécutive. Le thermocautère a l'avantage de ne pas donner de perte de sang ; il permet, en outre, de détruire, en même temps par la cautérisation, les foyers de même nature, qui sont en voie de développement sur d'autres points de la face.

La réparation se fait elle-même avec une grande rapidité. Sous ce rapport, je partage l'avis de M. Berger, et je crois qu'il faut éviter les opérations compliquées qui sont inutiles en pareils cas. Mais où je diffère d'opinion avec lui, c'est sous le rapport de l'influence étiologique de l'alcoolisme auquel j'attribue un rôle incontestable.

M. Routier. Deux fois j'ai mis en œuvre le procédé de M. Le Dentu, qui consiste à tailler en plein tissu morbide avec le bistouri; il est plus rapide que le thermocautère.

M. Verneuil. De l'acné hypertrophique je rapprocherai, au point de vue opératoire, l'adénome sudoripare du nez dans lequel le squelette du nez demeure intact pendant un temps fort long. Dans ces cas, je n'ai jamais fait d'autoplastie ; la réparation s'obtient toute seule avec une grande facilité. J'ai toujours employé, en pareil cas, le thermocautère, et avant lui, le galvanocautère ; on évite ainsi la perte de sang et l'on a l'avantage d'obtenir une cicatrice plus pâle qu'avec le bistouri.

M. Berger. Il faut distinguer, je crois, l'acné hypertrophique suivant qu'il siège au nez ou sur les autres points de la face ; pour ce dernier, il faut en confier le soin aux dermatologistes ; je crois qu'il y aurait inconvénient à le traiter par l'excision, ou par la cautérisation laissant après elle des cicatrices profondes. Pour le nez, je crois le bistouri préférable comme étant plus rapide et ne donnant pas lieu à une hémorragie considérable.

M. Felizet. Je constate que nous sommes tous d'accord sur la nécessité d'une excision complète. Quant à la réparation, il y a divergence. Peut-être cependant est-il préférable de recourir à l'autoplastie, comme l'a fait M. Delie, pour éviter cette coloration bleuâtre du tissu cicatriciel dont a parlé M. Berger.

Les conclusions du rapport de M. Felizet sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Résultats de quinze interventions chirurgicales pour ectopies testiculaires pratiquées sur treize malades dont deux étaient atteints d'ectopies bilatérales.

Par M. Jalaguier.

Depuis quatre ans j'ai opéré treize enfants porteurs d'ectopies testiculaires. Mes deux premières observations vous ont été com-

muniquées le 17 avril 1889; les onze observations suivantes sont publiées *in extenso* dans l'excellente thèse de mon ancien interne M. Paul Bezançon[1] qui a pris la peine de rechercher tous mes opérés pour pouvoir se rendre compte des résultats éloignés de l'intervention.

Ce nombre relativement considérable des cas d'une affection somme toute assez rare qui se sont présentés à mon observation, tient à ce que, chargé depuis trois ans, à diverses reprises, du service des bandages au Bureau central, je me suis trouvé mieux placé que bien d'autres pour voir des ectopies testiculaires; et je suis loin d'avoir opéré tous les cas que j'ai rencontrés.

Sur mes treize opérés, douze ont subi l'*orchidopexie;* un enfant qui était porteur d'une ectopie, avec hernie épiploïque incomplètement réductible, a subi la *castration* : le testicule atrophié avec épididyme flottant et cordon rudimentaire dans lequel on ne trouvait pas trace de canal déférent, ne put être amené au delà de la racine de la verge. (Voir l'observation, p. 116, de la *thèse de Bezancon*).

Dans dix cas il s'agissait d'ectopies inguinales unilatérales.

Dans deux cas d'ectopies inguinales bilatérales opérées dans la même séance (ce qui porte en réalité à quinze le chiffre de mes opérations).

Dans un cas il s'agissait d'une ectopie périnéale.

Les dix ectopies inguinales unilatérales siégeaient, une fois à droite, et cinq fois à gauche. L'ectopie périnéale siégeait à droite.

Ces onze ectopies unilatérales s'accompagnaient de hernie 7 fois; d'hydrocèle et de hernie 1 fois; la hernie manquait 3 fois.

Les deux cas d'ectopie bilatérale offraient, à ce point de vue, les particularités suivantes :

Hernie d'un côté, hydrocèle de l'autre.	1 cas
Hernie d'un côté; ni hydrocèle, ni hernie de l'autre côté	1 —

En somme, sur quinze ectopies, cinq fois seulement l'existence d'une hernie n'était pas cliniquement appréciable, et cependant, même dans ces cas, (l'ectopie périnéale étant exceptée), j'ai pu constater, au cours de l'opération, que la communication avec le péritoine existait par l'intermédiaire d'un orifice plus ou moins large.

J'insiste sur la rareté et l'intérêt de l'observation dans laquelle il y avait en même temps ectopie et hernie avec hydrocèle scro-

[1] PAUL BEZANÇON, Étude sur l'ectopie testiculaire du jeune âge et son traitement (*Thèse de Paris*, 1892).

tale; cette dernière communiquait avec le sac inguinal par un étroit canal de 2 centimètres et demi de long; ce fait vient à l'appui de l'opinion qui admet que la vaginale est formée dans le scrotum avant la descente du testicule.

L'enfant atteint *d'ectopie périnéale*, ne présentait ni hernie, ni aucune dilatation de l'orifice inguinal; le scrotum était bien développé, mais il n'était pas possible d'y conduire le testicule par le massage. Je reconnus pendant l'opération que le testicule était fixé près de l'ischion par une épaisse bride cellulo-vasculaire, sans doute un gubernaculum testis aberrant.

Dans toutes mes opérations d'ectopies inguinales, l'obstacle à la descente m'a paru consister surtout dans l'existence de trousseaux fibreux plus ou moins nombreux, mélangés aux éléments du cordon. Ces brides m'ont semblé dépendre du fascia transversalis; je les ai toujours rompues en dissociant le cordon et en ménageant soigneusement les vaisseaux. Je n'ai pas remarqué que le crémaster ni le gubernaculum testis fussent cause d'une difficulté particulière à abaisser le testicule.

Le scrotum de mes opérés était presque toujours rudimentaire. Dans quatre cas je l'ai trouvé fermé par une épaisse membrane fibro-élastique que je crois avoir signalée le premier en 1889 (voir *Semaine médicale*, 24 avril 1889, p. 131) et qui me paraît être une dépendance de l'appareil suspenseur des bourses.

On comprend que, dans ces cas, le massage ait complètement échoué; j'ai dû, pour engager le testicule dans le scrotum, perforer cette membrane avec des ciseaux. Dans les autres observations, il n'y avait qu'une membrane celluleuse facile à effondrer du bout du doigt.

J'ai toujours soigneusement détaché de bas en haut le feuillet séreux et je n'ai jamais éprouvé de très grandes difficultés. La partie inférieure du sac séreux a été réservée pour constituer la vaginale. Toujours, également, j'ai fixé le testicule au fond du scrotum par un point de catgut passé entre la queue de l'épididyme et le testicule. Je n'attache pas, à vrai dire, une grande importance à cette fixation, je crois que le succès de l'opération dépend beaucoup plus du soin que l'on apporte à la dissection du feuillet séreux, à la destruction des brides fibreuses du cordon et à la fermeture exacte du canal inguinal.

Au point de vue de l'âge de mes opérés, j'en trouve sept entre 8 et 12 ans, et six entre 12 et 15 ans et demi.

Je les ai opérés parce qu'ils éprouvaient des douleurs gênant la marche et les exercices du corps, et allant, chez certains d'entre eux, jusqu'à déterminer la syncope. J'ajoute qu'il était impossible

d'amener le testicule au dehors par des pressions et d'appliquer un bandage.

Enfin, je rappelle que, sur quinze faits d'ectopie, il y en avait dix qui s'accompagnaient de hernie.

Les résultats éloignés de l'opération sont consignés dans la thèse de M. Bezançon; en effet, lui ou moi, nous avons revu tous mes opérés :

1	après	36	mois
1	—	33	—

Ce sont les deux enfants dont j'ai parlé ici même en avril 1889 et en avril 1890. Le résultat est très bon, et, fait intéressant, les réserves que j'exprimais en avril 1890 ne se sont pas trouvées justifiées : les testicules se sont manifestement développés depuis lors, et ils ont acquis une consistance et une sensibilité à peu près normales.

Mes autres opérés ont été revus :

1	après	10	mois	
1	—	7	—	
3	—	6	—	
1	—	4	—	1/2
3	—	3	—	1/2
1	—	3	—	

Mon treizième opéré, celui qui a subi la castration, a été revu quinze mois après l'opération ; la hernie était restée parfaitement guérie.

En somme, sur tous mes opérés sauf un, le résultat de l'intervention a été des plus satisfaisants, c'est-à-dire que le testicule, mobile dans le scrotum, présente un volume, une consistance, et une sensibilité se rapprochant de l'état normal. Très fréquemment le cordon est un peu plus court que du côté sain et le testicule descend un peu moins bas, mais cela n'a aucune importance du moment où le testicule est flottant dans le scrotum. Je dois dire cependant que sur quatre de mes opérés, le résultat est tel qu'il n'y a aucune différence appréciable entre le testicule descendu artificiellement et le testicule normal.

Sur aucun de mes malades il n'y avait, au moment où ils ont été revus, la moindre tendance à la reproduction de la hernie.

Dans un seul cas, j'ai obtenu un résultat très médiocre: il s'agissait d'un enfant de 11 ans (*thèse de Bezançon*, p. 86) arriéré, atteint d'incontinence d'urine et de matières fécales, probablement épileptique, et qui présentait une double ectopie inguinale avec

hernie d'un côté. Il souffrait beaucoup et ne pouvait supporter de bandage. Les testicules furent trouvés très petits, et les cordons très courts ; je parvins cependant à obtenir l'abaissement ; l'opération fut terminée comme de coutume, et les suites furent bonnes. Quand l'enfant quitta l'hôpital, dix-neuf jours après l'opération, les deux testicules étaient à la partie supérieure du scrotum. Quand nous avons revu l'enfant, M. Bezançon et moi, six mois plus tard, les cicatrices étaient devenues chéloïdiques ; les deux testicules difficiles à trouver sous les cicatrices exubérantes étaient collés au devant de l'anneau inguinal ; et le testicule droit était très atrophié. Il y a quelques semaines (3 janvier 1893), quinze mois après l'opération, j'ai retrouvé l'enfant : le testicule gauche toujours immobile au devant de l'anneau inguinal a un peu grossi ; quant au testicule droit, il est presque imperceptible. Je ne puis invoquer pour cette atrophie un accident opératoire, comme la destruction de l'artère spermatique ou la torsion du cordon ; je ne sais vraiment à quelle cause l'attribuer. L'enfant n'en est pas moins guéri de sa hernie et il ne souffre plus.

En résumé, à part ce cas peu favorable, les résultats que m'a donnés l'intervention chirurgicale dans l'ectopie testiculaire, sont vraiment très bons, et je suis tout à fait partisan de l'opération sanglante ; mais non pas dans tous les cas indistinctement. Chez les tout petits enfants (au-dessous de 7 ou 8 ans), cryptorchides et monorchides, je pense qu'il faut attendre, à moins qu'il n'y ait une hernie occasionnant des accidents.

Chez les enfants plus âgés, toutes les fois qu'il n'existe pas de hernie nettement appréciable et lorsqu'il est possible de conduire par des pressions le testicule hors de l'anneau inguinal, je suis d'avis de faire porter un bandage jour et nuit et de favoriser la descente du testicule par des impulsions et des tractions répétées méthodiquement.

Mais pour les cas où il existe une hernie avec ectopie, et pour ceux dans lesquels, avec ou sans pointe de hernie, il n'est pas possible d'amener le testicule hors du canal inguinal, l'opération est absolument indiquée ; elle est sans danger, et, d'après mon expérience, très efficace.

Vacance.

M. le président déclare vacante une place de membre titulaire.

Présentation de malades.

M. Reynier présente un malade auquel il a pratiqué avec succès la résection de la veine saphène interne pour des varices ; le malade qui avait des ulcères continuels, n'en a plus présenté depuis l'opération, bien qu'il n'ait pas porté de bas élastiques.

Gastrostomie en deux temps très rapprochés pour un carcinome de la portion cervicale de l'œsophage et du pharynx.

Par le Dr Ed. Schwartz.

Nous avons l'honneur de vous présenter un nouveau sujet opéré de gastropexie il y a seize jours, de gastrostomie il y a douze jours.

Il s'agit d'une malade de 39 ans qui est manifestement atteinte d'une tumeur épithéliale de l'origine de l'œsophage et de la partie inférieure du pharynx avec impossibilité depuis quelque temps déjà de se nourrir suffisamment.

Ganglions carotidiens, état d'affaiblissement qui contre-indique outre l'état local toute tentative d'ablation directe du mal. Dans ces conditions nous avons paré au plus pressé et, dans une première séance, sous le chloroforme, cherché et fixé l'estomac.

Après incision le long du rebord des fausses côtes gauches, l'estomac rétracté était situé très haut sous le foie et, en voulant le saisir, j'amenai le pancréas; ce ne fut qu'au bout de quelques recherches et en me guidant sur l'épiploon gastro-hépatique que je pus attirer l'estomac. Je suture la paroi près de sa grande courbure et au niveau de la région du cul-de-sac gauche. Deux rangées de suture à la soie n° 1 embrassent la séreuse abdominale, puis la séro-musculeuse stomacale. Un deuxième plan embrasse encore une fois la séro-musculeuse de l'estomac et toute l'épaisseur de la paroi; il est fait au crin de Florence. Pansement à la gaze iodoformée.

La malade a supporté parfaitement cette intervention. Elle avait été remontée d'ailleurs à l'aide de lavements nutritifs donnés quatre fois par jour.

Les jours qui ont suivi l'opération, il a été remarquable de voir que notre patiente avalait relativement beaucoup mieux; mais comme en somme l'alimentation restait malgré tout insuffisante, j'ouvris l'estomac quatre jours après, en faisant une ponction avec un bistouri très mince et effilé obliquement vers en haut, de façon à donner passage à une sonde en caoutchouc rouge n° 14. Cette sonde a été laissée à demeure vingt-quatre heures.

L'alimentation est faite actuellement trois fois par jour et la sonde

est retirée chaque fois. Pas une goutte de liquide ne passe par le petit orifice stomacal.

Présentation d'instruments.

M. Pozzi présente, au nom de M. le Dr Charlin (du Chili), un uréthrotome qui diffère de celui de Maisonneuve, en ce que le conducteur y est représenté par une bougie Béniqué. Il convient pour les rétrécissements élastiques, récidivants, déjà soumis à la dilatation ; en un mot, il peut servir à faire une uréthrotomie complémentaire.

Présentation de pièces.

1° *Kyste dermoïde de la queue du sourcil droit et Kyste dermoïde de la régionso us-maxillaire gauche simulant une grenouillette sus-hyoïdienne.*

M. Routier. Messieurs, les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, sont deux kystes dermoïdes et proviennent d'un homme de 34 ans.

La première, la plus petite, provient de la queue du sourcil droit; c'était le kyste dermoïde classique, avec plus de liquide que de matière sébacée dans son intérieur, avec surtout une dépression notable en cupule, creusée sur le rebord du frontal.

La seconde, plus grosse, provient du même individu et simulait une grenouillette sus-hyoïdienne faisant aussi saillie sous le plancher de la bouche; son volume à peu près égal au poing d'un adulte est devenu tel, surtout depuis sept ans.

Grossissant d'une façon insensible, cette tumeur était connue de son propriétaire depuis quinze ans environ.

La gêne qu'elle occasionnait pour la parole, la mastication, la déglutition et même la respiration, ont amené le malade à solliciter les secours de la chirurgie.

J'ai enlevé complètement cette poche par une incision parallèle au bord horizontal du maxillaire ; une fois la poche mise à nu, c'est-à-dire après avoir traversé le peaucier, l'aponévrose superficielle, et en avant le génio-hyoïdien, j'ai pu avec les doigts seuls l'énucléer entièrement, elle ne tenait ni aux os, ni aux parties molles. C'est surtout à cause de cette particularité que je vous l'ai présentée, la loge allait jusqu'aux apophyses geni, mais sans y prendre racine comme on est trop tenté de croire que c'est une règle presque absolue.

2° *Extirpation totale d'un kyste hydatique du foie.*

M. Marchand. Il est admis communément que, dans le traitement des kystes hydatiques, il est indispensable de tenir compte de l'état anatomique sous lequel ils se présentent à l'observation. Distendu quelquefois par un liquide, transparent, analogue à l'eau la plus scrupuleusement filtrée, il peut, dans d'autres circonstances, être distendu par des fluides troubles, épais remplis de débris qui se condensent et arrivent à revêtir un état véritablement pierreux.

La paroi souvent mince, élastique, revenant facilement sur elle-même, est, dans d'autres circonstances, à peine résistante, elle peut aussi s'infiltrer de sels calcaires et devenir rebelle à tout traitement.

Dans de semblables conditions, une seule méthode peut amener la guérison du kyste, et par les accidents qu'il détermine, l'intervention s'impose.

Au mois d'avril dernier, j'ai eu l'occasion de traiter un kyste hydatique de la face inférieure du foie, dont le contenu et les parois présentaient des altérations de telle nature que l'extirpation seule de la tumeur en totalité, pouvait conduire à un résultat satisfaisant.

Voici rapidement résumée l'observation rectifiée sur les notes que m'a remise mon interne, la Floreiheim.

D. B..., 35 ans, entrée à l'âge de 8 ans, à l'hôpital Sainte-Eugénie, pour y être traitée d'une tuméfaction abdominale, datant déjà de quelques mois et qui gênait sa respiration.

La tuméfaction causait des douleurs assez vives dans le côté droit du ventre, avec irradiation du côté de l'épaule gauche.

Aucun traitement chirurgical ne fut alors institué (repos, pilules de ciguë, cautérisation actuelles, sur l'hypochondre droit).

Quelques années plus tard, rentrée au même hôpital, on proposa aux parents, une intervention chirurgicale qui fut repoussée.

La malade parvenue à l'âge nubile (réglée à 17 ans) se maria et eut trois enfants, souffrant toujours de la tumeur qui s'était progressivement accrue.

Depuis quelque temps, la malade souffre continuellement, elle a maigri beaucoup, souffre de phénomènes dyspeptiques, qui ne lui permettent plus l'usage d'aucun aliment gras. Elle se décide à tenter la chance d'une opération, qui lui a été proposée à plusieurs reprises.

Le ventre est très distendu, saillant en avant. La palpation reconnaît facilement les limites d'une tumeur médiane, à parois très fermes, se déplaçant latéralement avec facilité et s'abaissant momentanément à chaque inspiration. Elle descend jusqu'au voisinage du

pubis, arrive en haut, à la partie moyenne de l'espace qui sépare l'ombilic de l'appendice xiphoïde. Latéralement elle confine aux régions latérales de l'abdomen et refoule à droite et à gauche sous les hypochondres les organes abdominaux.

La tumeur était inerte et bien qu'elle se continuât avec le foie ainsi que les signes physiques et rationnels le démontraient, palpation indiquant une continuité de tissu véritable avec l'organe hépatique, mouvements de respiration communiqués, il était impossible d'établir une ligne de démarcation bien nette entre la tumeur et le tissu hépatique.

Je n'avais pourtant aucun doute sur la nature morte de la tumeur, et je me proposais de l'ouvrir largement, de la vider de son contenu et de la marsupialiser, — seule méthode qui me parût raisonnable dans l'espèce.

Lorsque j'eus ouvert le ventre par une incision remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et descendant à moitié chemin de l'espace omphalo-pubien, je tombai sur une tumeur recouverte par de nombreuses adhérences épiploïques. Celles-ci détruites, la face antérieure du kyste se présente sous l'aspect d'une membrane inégale, très tendue, très consistante, marbrée de taches rougeâtres (correspondant aux adhérences détruites) et jaunes.

Je ponctionnai avec un gros trocart après avoir pris les précautions d'usage. La ponction ne donna issue à aucun écoulement. J'incisai au bistouri, et ne pus guère obtenir qu'une ponction, car la première était tellement infiltrée de sels calcaires que je dus me servir d'une pince à kyste pour achever mon incision.

Je tombai sur un contenu, de la consistance d'une bouillie épaisse, de coloration jaune et bleuâtre suivant les points, sa sécrétion était manifestement constituée par des hydatides à tous les états possibles de régression; mais dont les membranes étaient très reconnaissables. Je pus extraire ainsi trois litres environ de ce magma qui, par sa consistance et son aspect, représentait assez bien la confiture de Bar, très mal soignée il est vrai.

Je tombai enfin sur une membrane hydatique encore bien vivante qui tapissait toute la face interne du kyste et à laquelle étaient appendues de nombreuses hydatides jeunes, de tous les volumes et d'aspect normal. La poche évacuée, restait une poche épaisse, infiltrée de sels calcaires, à laquelle il était impossible de revenir sur elle-même. Je dus donc abandonner l'idée de marsupialiser, et tenter immédiatement son extirpation. Cette dernière fut très laborieuse. Il existait de nombreuses adhérences intestinales, mésentériques, spléniques même, très tenaces, que j'eus beaucoup de peine à détruire, et qui nécessitèrent d'assez nombreuses ligatures. Peu à peu, je me rapprochai du foie, et vis que le kyste tenait à la face inférieure de cet organe par une large adhérence occupant toute la face inférieure du lobe gauche, et arrivait jusqu'à la vésicule biliaire. Je séparai cette dernière par une dissection minutieuse et pus appliquer un clamp sur le reste de l'adhérence. Le kyste était complètement séparé; mais il restait une cavité traumatique considérable limitée par la rate, les anses intesti-

nales agglutinées, la face inférieure du foie, le mésentère, le bord inférieur de l'estomac. Phénomène assez intéressant, le foie s'était abaissé très notablement sous l'influence des tractions exercées par la tumeur. Son lobe gauche était devenu absolument vertical; et le reste de l'organe avait suivi en partie, de façon à ce que foie était dans une situation singulière d'hépatoptose, le lobe gauche absolument basculé, le gros lobe droit très abaissé lui aussi, ayant sa face inférieure regardant à droite. J'avoue que je n'eus aucun souci de ce déplacement irrégulier et que je ne songeai point à le rectifier par la suture hépatopexique.

Je réunis la plaie après l'avoir drainée par quelques bandelettes de gaze iodoformée que je laissai sortir par l'angle inférieur laissé ouvert.

Les suites de cette opération quelque peu laborieuse furent des plus simples, puisque la température ne dépassa jamais 37°,8 le soir du troisième jour, et que la malade sortait complètement guérie le 20 septembre. (L'opération avait été pratiquée le 21 août).

J'ai revu la malade plusieurs fois depuis lors, et lui ai fait construire une ceinture qui maintient son foie prolabé en bonne situation. Son état général est aujourd'hui excellent à tous les points de vue.

Le kyste que je vous présente a, après un mois de macération dans l'alcool, perdu sa coloration ; mais laisse voir encore ses parois épaisses, résistantes, infiltrées de sels calcaires.

3° *Extirpation d'un utérus fibreux par la voie vaginale.*

M. Marchand. L'utérus que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une femme de 32 ans, à qui je l'enlevai il y eu, samedi dernier huit jours.

Cette malade avait été très anémiée par des ménorrhagies abondantes qui avaient débuté il y a un an environ. A ces ménorrhagies s'étaient ajoutées, ces derniers temps, des coliques fort pénibles et un écoulement coloré faisant suite à la perte de sang et persistant pendant presque tout l'espace intermenstruel.

Appelé à donner mon avis sur son état, je trouvai un utérus volumineux, dépassant l'arcade pubienne, lourd, entièrement analogue à un organe renfermant un œuf de trois mois. Le col était entr'ouvert, mais n'admettait que difficilement la première phalange de l'index. En employant un certain degré de force, le doigt franchissait suffisamment l'orifice interne pour sentir une tumeur dure, de petit volume, enclavée profondément dans le tissu utérin.

Je jugeai qu'il s'agissait d'un cas de plusieurs fibromes muraux, de moyen volume, et qu'il était nécessaire de dilater largement l'utérus pour achever le diagnostic immédiatement avant une intervention qui s'imposait : ce que devait être cette intervention, je ne pouvais le dé-

cider exactement avant l'exploration intra-utérine, mais je pensai immédiatement à l'obligation possible de pratiquer l'hystérectomie vaginale.

Après trois jours de préparation, tout étant préparé pour une intervention quelle qu'elle dût être, je pus pratiquer le toucher intra-utérin à uue profondeur suffisante pour sentir une sorte de tumeur molle, pédiculée, s'insérant profondément vers la corne droite de l'utérus. Mais il me fut impossible d'établir et la nature et la connexion exacte de cette excroissance.

Je procédai immédiatement à la désinsertion de l'utérus et à l'incision des commissures du col qui fut divisé dans toute sou étendue. Je constatai alors qu'il s'agissait bien d'une excroissance fibreuse, d'un tissu mou, friable, très altéré, se détachant en petits lambeaux sous la moindre traction. Je constatai de plus qu'entre le fibrome mural, du volume d'une petite noix que j'avais constaté à mon premier examen, il existait un véritable semis de petits fibromes de tout volume.

J'achevai immédiatement mon opération et procédai à l'extirpation de l'utérus, seul parti qu'il me parut raisonnable de prendre dans cette circonstance. L'opération fut rapidement achevée; je n'éprouvai qu'une seule difficulté, ce fut de faire franchir l'arcade pubienne à l'utérus libéré, sans le morceller. J'y arrivai en présentant le bord latéral de l'organe et en faisant basculer le fond en arrière et en bas.

L'utérus que je vous présente est volumineux, arrondi, mesure 17 centimètres de hauteur. Sa cavité est de 14 centimètres dans son diamètre vertical. Ses parois sont épaisses et contiennent plusieurs fibromes dans leur tissu, notamment un situé au niveau de la corne droite, sous-péritonéal et du volume d'une pomme d'api. La cavité contient une sorte de production appendue au niveau de l'orifice de la corne droite, noirâtre, effiloquée, à moitié sphacélée, du volume d'un œuf de pigeon. On peut compter jusqu'à 10 petites tumeurs, de tous les volumes, depuis celui d'un grain de chènevis à celui d'une grosse aveline, le poids de l'organe entier étant de 350 grammes.

Les suites opératoires ont été assez simples, et aujourd'hui, onze jours après l'opération, la malade peut être considérée comme guérie.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

E. Kirmisson.

Séance du 8 mars 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Chauvel, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

3° Lettre de M. Michaux demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire,

4° *Nouveaux éléments de petite chirurgie*, par M. Chavasse, 3e édition (Paris, 1893, O. Doin, éditeur);

5° *Trocart et canule dilatatrice pour le drainage des abcès*, par M. Henna, chirurgien de l'hôpital français à New-York (Broch. en anglais — extrait du *Medical Record*, 30 avril 1892);

6° *Diagnostic et traitement des abcès du foie*, par M. Leblond. Thèse de Paris, 1892 (déposé pour le concours du prix Duval, 1893);

7° *Contribution à la chirurgie des voies respiratoires :* a (*Cancroïde de la corde gauche; Laryngotomie, extirpation, guérison;* — b) *Destruction partielle de la trachée et rétrécissement du calibre trachéal sur toute son étendue; Plastique trachéo-laryngée, guérison*, par M. Photiadès (de Constantinople) et M. Lardy, chirurgien de l'hôpital français de Constantinople;

8° Mémoires de la Société de Médecine de Nancy (compte rendu pour 1891-92). — Nancy, 1892.

A propos du procès-verbal.

A propos du traitement de l'ectopie testiculaire.

M. Felizet. La question du traitement de l'ectopie testiculaire est une de celles qui reviennent le plus souvent ici.

La périodicité de ces retours est l'expression loyale de l'embarras que nous éprouvons encore, et je me permets d'y trouver la preuve que nous ne sommes pas pleinement satisfaits.

L'intéressante communication de M. Jalaguier vous a fait connaître une heureuse série de cas de guérison d'ectopie testiculaire : 14 fois sur 15, un résultat idéal, nous a-t-il dit. Je sais quelles sont la décision et l'adresse opératoire de notre collègue, et je suis persuadé que, pour une bonne part, le succès est dû à son tour de main; mais je sais aussi qu'il y a des cas dans lesquels le succès idéal n'est guère possible, en dépit de l'habileté la plus exercée.

En fait, nous ne nous servons que du seul mot d'ectopie testiculaire pour exprimer un état pathologique accompagné de dispositions anatomiques multiples, complexes et variables, nous exposant ainsi à baser, sur le malentendu d'une définition mauvaise, des espérances excessives ou des découragements injustifiés.

Le testicule doit, dans le cours du premier mois de la vie, occuper le fond de la bourse qui lui correspond. S'il n'est pas à sa place, s'il est ailleurs, nous disons qu'il y a ectopie.

Or, y a-t-il une désignation moins significative ? Ne savons-nous pas que les circonstances qui ont arrêté, dans la dernière étape, la migration du testicule (je ne parle ici que du trajet inguinal), sont essentiellement variables et représentent diverses difficultés dans la libération, dans l'abaissement et dans le maintien permanent de l'organe mâle à sa place ?

Il faudrait donc que nous pussions dire quelle est la cause de cet arrêt dans la migration. Or, nous l'ignorons dans bien des cas, et nous ne sommes guère satisfaits par les théories insuffisantes du gubernaculum, adhérences péritonéales, etc.

Des hypothèses, pas de preuves.

J'ai pensé qu'il y aurait avantage, pour la juste appréciation des résultats, à diviser les ectopies en deux classes, d'après le simple caractère clinique de la mobilité ou de la fixité du testicule.

La distinction est, si je ne me trompe, fondamentale, au point de vue des difficultés de l'opération et des présomptions du succès.

Dans *le type mobile* de l'ectopie, le testicule se présente avec sa forme, son volume et sa consistance normale. Qu'il siège au plus profond du trajet inguinal, contre l'orifice interne, — qu'il siège en dedans de l'orifice externe ou à la partie moyenne du cordon, l'orifice externe est toujours élargi et représente à peine un rétrécissement dans le couloir où l'organe mâle évolue.

Sous l'influence d'une contraction du crémaster et même souvent par le fait de la simple position, le testicule disparaît dans l'abdomen; on le déloge plus ou moins facilement et on l'amène au dehors. Si on ne l'abaisse pas jusqu'au fond des bourses, l'obstacle

est dû à la résistance du cul-de-sac périténo-testiculaire et aussi à la brièveté et aux adhérences du cordon. C'est dans ces cas, — que l'on attende ou que l'on n'attende pas la formation d'une hernie, ainsi que je l'ai proposé ici (séance du 4 janvier 1893), — c'est dans ces cas que le chirurgien est, on peut le dire, maître des circonstances et que l'opération est susceptible de donner un résultat idéal.

L'isolement et la ligature du sac, la vaginalisation du testicule, l'excision hardie du crémaster et des tractus fibreux, la suture sévère des piliers, la fixation non seulement du testicule au fond de la bourse, mais encore de la totalité du cordon étalé, par huit ou dix points de suture sur la face postérieure de la gouttière que représente le scrotum divisé dans sa longueur, telle est l'opération qui donne à coup sûr les plus sérieuses chances de succès.

Nous ne la pratiquons pourtant pas d'emblée : grâce à la facilité avec laquelle les enfants, les tout petits, supportent le chloroforme, nous ne manquerons jamais de faire, auparavant, un massage que l'anesthésie nous permet de faire énergique, et grâce auquel nous attirons plus bas qu'on ne saurait le croire le testicule, préparation précieuse pour la facilité de l'opération définitive.

Dans *le type fixe* de l'ectopie, les choses ne sont pas pareilles ; le testicule est quelquefois plus gros, très souvent plus petit que le normal; il est dur presque toujours, fréquemment douloureux et quelquefois mal formé. La malformation consiste en une inversion qu'on ne reconnaît pas toujours, quelquefois en une dissociation de l'épididyme qui, déroulé, s'engage au dehors, pendant au-dessous du testicule qui ne l'a pas suivi : presque toujours le canal déférent est très court, les vaisseaux spermatiques aussi; le massage fait sous le chloroforme ne donne rien. Il est évident que dans cette forme, la défectuosité de la position, l'ectopie, n'est rien, à côté de la malformation de l'organe et de ses dépendances. C'est la forme difficile, celle dont le traitement donne des résultats aléatoires, celle qui est exposée, après l'opération, à la sclérose, à l'atrophie ou à la perte du testicule. Et c'est une forme assez commune. Tantôt elle s'accompagne d'une pointe de hernie, dans le cul-de-sac péritonéo-testiculaire, et c'est une hernie, bien décrite par Berger, qui n'aide en rien à la descente du testicule et qui est toujours grave quand elle s'est constituée; tantôt il n'y a pas de hernie. L'indication principale du traitement est de remédier à la douleur dont ce testicule malade et mal venu est le siège, et aussi de tirer au clair la question de la hernie insolite, insidieuse et dangereuse, qui se cache derrière cette malformation.

Le massage fait sous le chloroforme nous a permis une fois de faire franchir, chez un enfant de 4 ans, l'orifice inguinal externe au

testicule, mais les douleurs auxquelles nous voulions remédier ont pris aussitôt le caractère de crises tellement violentes, que nous avons dû, le lendemain, faire une opération complète, à ciel ouvert, l'ouverture large du trajet, le décollement du péritoine, la ligature du sac péritonéal, la libération d'un cordon trop court, lequel, après l'excision des tractus, était réduit à un filament misérable, constitué par le canal déférent et les vaisseaux, au bout duquel pendait un testicule piteux, incapable d'être abaissé de plus de 2 centimètres au-dessous de l'anneau ; enfin, la suture de cet anneau, tels sont, dans ce cas et dans d'autres, les divers temps de l'opération qui nous a donné un résultat très éloigné de l'idéal.

Le bénéfice qu'en a retiré le petit malade a été la cessation de ses douleurs et la mise à l'abri d'une hernie. Nous devons reconnaître qu'au point de vue de l'ectopie, la présence du testicule siégeant en avant de la branche horizontale du pubis ne représente qu'un succès relatif du traitement de l'ectopie.

Nous n'avons pas encore eu l'occasion de pratiquer la castration, mais nous comprenons que cette opération s'impose, et c'est dans la *forme fixe* de l'ectopie testiculaire qu'elle serait indiquée, et acceptée avec d'autant moins de regret que c'est précisément dans cette forme que l'arrêt de la migration et de la descente n'est rien, en comparaison des vices de la formation et des défauts du développement de l'organe.

Ectopie testiculaire intermittente. Orchidopexie.

M. Tuffier. Je vous ai communiqué, dans la séance du 4 janvier 1893, 22 cas d'orchidopexie représentant l'ensemble intégral de mes interventions pratiquées depuis le mois de mai 1888; je vous ai indiqué alors le manuel opératoire et les résultats satisfaisants que j'avais obtenus.

J'ai eu dans ces derniers temps l'occasion d'opérer trois nouveaux malades atteints d'ectopie testiculaire. De ces trois malades deux ne méritent qu'une mention.

Le premier est un enfant de 13 ans, porteur d'une hernie inguinale droite congénitale avec ectopie inguino-scrotale du testicule droit. Je pratiquai la cure radicale le 13 février, et je fixai le testicule au fond du scrotum après réfection de la vaginale. Cet enfant avait un phimosis que je dilatai dans la même séance. Cette coïncidence d'un phimosis et d'une ectopie est très fréquente ; je l'ai signalée dans mes divers mémoires sur ce sujet.

Mon deuxième opéré est un jeune homme de 20 ans qui se présenta à la consultation des bandages au Bureau central; tous les moyens de contention contre sa hernie avaient échoué ; je trouvai au niveau du

trajet inguinal droit, une tuméfaction diffuse du volume du poing ; tuméfaction difficilement réductible. Le scrotum de ce côté était vide, et après la réduction de la hernie, on retrouvait dans le trajet inguinal un corps allongé résistant, du volume d'une noisette, rappelant par sa forme le testicule. Je portai le diagnostic d'ectopie testiculaire avec hernie inguinale interstitielle. Je résolus d'intervenir et, le 27 février, au dispensaire de la rue Oudinot, je pratiquai la cure radicale. Je trouvai un sac herniaire inclus dans le trajet inguinal et dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Ce sac communiquait profondément avec l'abdomen par un collet du volume du petit doigt et je reconnus, au niveau de l'anneau inguinal externe, un testicule du volume d'une petite amande, sa consistance était flasque. Après résection de l'épiploon et du sac, je libérai le cordon aussi complètement que possible, il me fut impossible d'abaisser le testicule, je fis la castration, mon malade est actuellement guéri.

Sur les 25 malades que j'ai opérés pour ectopie testiculaire, c'est le second que je suis obligé de castrer.

Le troisième malade mérite une mention spéciale, il était atteint d'une anomalie plus rare, que l'on peut appeler *ectopie testiculaire intermittente*, et quand je l'ai opéré, il présentait des *accidents de pseudo-obstruction intestinale*. C'est un enfant de 6 ans, appartenant à une famille de cinq enfants tous paraissant bien conformés, lui-même est notablement vigoureux pour son âge. Depuis plusieurs mois, l'enfant se plaignait de douleurs passagères dans le bas-ventre, pendant les efforts de défécation. En janvier dernier, à la suite d'une bronchite, il accusa des douleurs violentes du côté de l'intestin, douleurs mal limitées au niveau de l'hypogastre et se manifestant sous forme de crises qui survenaient surtout dans la soirée, quatre à cinq heures après le repas. Ces douleurs s'accentuèrent de plus en plus, et le 15 juin la constipation absolue, l'intensité des accidents firent craindre une obstruction, mais la fréquence de l'helminthiasis chez les enfants firent que son médecin, notre collègue et excellent ami, M. le docteur Durand-Fardel, prescrivit la santonine. Des évacuations abondantes ramenèrent le calme, mais on ne constata la présence d'aucun ver intestinal. Dans les 15 jours qui suivirent, les accidents reprirent l'allure intermittente qu'ils avaient avant cette crise aiguë, mais le 25 février, les douleurs reparurent avec une intensité telle que le malade se tenait replié sur les mains et se tordait sur son lit. L'administration du calomel et de la santonine fut encore suivie d'évacuations, mais le calme ne dura que quelques heures, l'état douloureux reprit le soir même; les onctions, les fomentations chaudes, les bains restèrent sans résultat. C'est dans ces conditions qu'en examinant complètement le malade, M. Durand-Fardel constata que le scrotum était vide, et comme la mère de l'enfant affirmait que de ce côté il n'y avait jamais eu de difformité, il pensa à une relation de cause à effet entre les deux accidents et me fit demander.

J'examinai le petit malade et je vis que le scrotum, *bien conformé* pour cet âge, était en effet veuf de glandes séminales. J'ajouterai qu'il existait un *phimosis*. En explorant le pli de l'aine, je trouvai *à gauche* le testicule collé à l'anneau inguinal externe, mais, par une simple traction doucement conduite, je l'amenai sans provoquer aucune douleur au fond des bourses. Aussitôt abandonné à lui-même, il regagnait sa situation première, l'anneau paraissait normal, et il n'existait aucune pointe de hernie. Il semble donc que ce soit sous l'influence de la contraction des crémasteres que la glande soit ainsi fixée. Du côté *droit*, il en était autrement : le testicule manquait, mais il était fixé sur l'anneau inguinal externe sous forme d'un noyau douloureux intimement accolé à ce niveau et qu'on ne pouvait mobiliser sans provoquer de vraies douleurs. Le scrotum de ce côté paraissait de volume normal. Ces constatations me firent porter le diagnostic : Ectopie testiculaire intermittente par contraction du crémaster, et accidents réflexes simulant une obstruction intestinale. Ce diagnostic m'avait paru d'autant plus plausible que j'avais vu, il y a quelques années, un étudiant atteint de la même complication dont j'ai rapporté l'observation dans mon premier mémoire de 1888. Les accidents douloureux dont l'intensité me paraissait menaçante me firent conseiller d'abord les bains et les fomentations chaudes. Ce traitement n'ayant amené aucun soulagement, je conseillai l'orchidopexie.

Le 2 mars, opération avec l'aide de MM. Durand-Fardel, Navarro et Bresset. Chloroforme, asepsie de la région. Incision de 5 centimètres parallèle au trajet inguinal et dont le milieu correspond à l'anneau inguinal externe. Sous l'influence de l'anesthésie, le testicule est facilement abaissé jusqu'au fond des bourses, mais il n'y reste pas, il n'existe aucune oblitération du sac scrotal, mais en isolant l'extrémité inférieure du testicule, je trouve un cordon rougeâtre flasque ; en exerçant une traction par son intermédiaire, je vois qu'il s'insère au fond des bourses; je reconnais ainsi un gubernaculum très long et permettant le jeu du testicule dans les bourses et dans le pli inguinal. Je sectionne d'abord le crémaster circulairement à l'entrée du canal inguinal, ce qui me permet d'abaisser le testicule ; puis, plaçant une pince à chaque extrémité du gubernaculum, je resèque toute la longueur de ce cordon. Je suture ensuite au catgut son extrémité scrotale à son extrémité testiculaire et la glande se trouve ainsi fixée au fond des bourses. Je mets un point de suture à la soie sur l'anneau inguinal externe qui me paraît un peu large, mais sans trace de hernie. Réunion au crin de Florence. Pansement iodoformé et ouaté. Ce malade avait également *un phimosis*. Je profitai de la chloroformisation pour l'en débarrasser par la dilatation. Suites opératoires parfaites. Les fils sont enlevés le cinquième jour. Le testicule est fixé au fond des bourses. Les accidents ont complètement disparu depuis l'opération.

Il s'agissait donc bien d'une ectopie maintenue par la contraction du crémaster. L'allongement anormal du gubernaculum facilitait l'ascension de la glande et permettait sa compression sur

l'anneau inguinal. Les accidents de pseudo-obstruction étaient d'origine réflexe, car ils ont cédé subitement après l'intervention pour ne plus reparaître.

Lésions rénales consécutives au phimosis.

M. Bazy. Chez un malade présentant un phimosis congénital très étroit, non adhérent au gland, il existait une cachexie très prononcée, marquée par la teinte spéciale aux vieux urinaires. Un an après l'opération, la santé générale était devenue excellente. En revanche, dans deux autres cas, relatifs à des hommes de 30 et de 55 ans, où le phimosis se compliquait d'adhérences préputiales très étendues, et où il m'a fallu pour ainsi dire sculpter le gland au milieu du tissu cicatriciel, il n'y avait aucun retentissement sur la santé générale. Chez un vieillard de 70 ans, présentant un phimosis cicatriciel acquis, sans adhérence au prépuce, il n'y avait pas non plus d'altérations rénales. Il me semble donc, d'après les faits précédents, qu'on ne peut pas établir de relations précises entre la présence ou l'absence d'adhérences préputiales et les lésions de l'arbre urinaire.

Communications.

Pièce de 5 francs arrêtée à la partie inférieure de l'œsophage. Œsophagotomie externe; extraction du corps étranger. Guérison.

Par le Dr Terrillon.

En 1884, à la Salpêtrière, je reçus un matin un jeune homme de 22 ans, vigoureux et bien portant, qui m'affirma avoir avalé, quatre jours auparavant, une pièce de 5 francs. Il avait eu la sensation qu'elle descendait derrière le sternum et n'avait plus rien ressenti depuis.

Très effrayé, il essaya d'avaler de l'eau qui passa facilement. Il fit d'autres essais avec des aliments solides qui pénétrèrent sans difficulté. Une seule chose l'inquiétait, c'était la sensation d'une pression à peine douloureuse qu'il éprouvait au niveau de la partie inférieure du sternum.

Je pratiquai une exploration avec l'appareil muni de boules, et je fus certain de rencontrer un obstacle au-dessus du cardia, à environ 18 centimètres des dents.

J'étais donc certain que la pièce de métal était arrêtée dans l'œsophage.

Les deux boules les plus petites passaient à côté et arrivaient facilement dans l'estomac. Ceci explique pourquoi le malade se nourissait facilement depuis quatre jours avec des liquides ou des aliments semi-solides. Je lui proposai de prendre rendez-vous pour le lendemain, afin de pouvoir me procurer les instruments nécessaires pour faire l'extraction. Rien dans son état général ou local n'était inquiétant.

Le malade eut peur et ne revint pas me trouver, mais comme il habitait dans le quartier des Gobelins, j'ai su qu'il avait continué à s'alimenter, à boire dans les cabarets et à plaisanter sur son état, car il n'éprouvait aucune gêne, lorsque, le 16ᵉ jour après la déglutition de sa pièce métallique, il fut pris brusquement de malaise, de tendance à la syncope, il vomit littéralement, au dire des témoins, un ou deux litres de sang, avec des caillots. La mort survint au bout d'une demi-heure.

Il est certain que cette pièce métallique avait ulcéré l'aorte et que l'hémorragie était due à cette cause très connue.

Des cas semhlables ou analogues ne sont pas rares. Le musée Dupuytren possède une pièce anatomique qui représente une pièce de 5 francs ayant ulcéré l'aorte.

Ce fait m'avait beaucoup frappé, lorsque, au mois d'octobre 1892, je fus appelé par le Dʳ Thomas auprès d'un jeune homme âgé de 21 ans, qui avait également avalé une pièce de 5 francs dans les conditions suivantes : Jouant à la campagne, le dimanche, avec des amis, après boire, au tonneau, ce jeu si connu dans les maisons de campagne, il fit le pari avec un de ses amis que celui-ci ne pourrait pas lui introduire dans la bouche largement ouverte une pièce de 5 francs lancée à la façon d'un palet dans le tonneau.

L'ami ne réussit que trop bien, car la pièce pénétra dans la gorge; surpris, le jeune homme fit un mouvement de déglutition et, crac, la pièce était avalée à la grande stupéfaction de toute l'assistance.

Le patient sentit très bien la pièce descendre et il lui sembla qu'elle s'arrêtait derrière le sternum.

Aussitôt on essaya de lui faire avaler de l'eau, ce qui réussit. Un médecin lui donna de l'émétique, ce qui ne produisit aucun résultat.

Je vis le malade vingt-quatre heures après l'accident, le 3 juin 1892, et je m'étais muni de tous les instruments usités pour extraire les corps étrangers de l'œsophage.

Mais je fis en vain toutes les tentatives ; j'arrivais au niveau de la portion moyenne du sternum sur le corps étranger, mais sans pouvoir passer à côté de lui.

La panier de Graefe, le crochet de Collin ne purent passer.

Avec la pince courhe de Collin, j'essayai de le saisir, je crois

même avoir réussi une fois à pincer le bord, mais l'instrument dérapa, il me fut impossible de continuer.

Je fis une autre tentative six heures après, mais sans succès : le malade souffrait beaucoup et résistait à mes manœuvres.

C'est alors que je pensai à faire l'œsophagotomie externe, c'est-à-dire une boutonnière assez large pour pouvoir introduire un instrument facile à manier, et saisir le corps étranger qui n'était pas loin de la clavicule. L'opération eut lieu le 4 juin. Le malade fut endormi ; je trouvai l'œsophage facilement du côté gauche et pus l'attirer au dehors en écartant les parties molles voisines.

Une incision longitudinale fut pratiquée sur la partie découverte et les bords furent retenus écartés avec des pinces à forcipressure. J'avais ainsi une boutonnière suffisante pour laisser passer la pièce de 5 francs qui a 3 cent. 1/2 de diamètre et 12 centimètres de circonférence.

Je m'étais muni de clamps longs et étroits qui me permettaient de saisir facilement le corps étranger, si je pouvais parvenir à le faire entrer entre les deux mors.

Ayant introduit un clamp à environ 8 ou 10 centimètres, j'arrivai sur l'obstacle. Plusieurs tentatives furent infructueuses; cependant à un moment donné, je saisis le bord de la pièce, mais un effort de traction fit déraper la pince et ce fut à recommencer.

Enfin, avec beaucoup de patience, je parvins à la saisir entre les mors ; mais cette fois, pour être certain de la prendre plus largement, j'enfonçai légèrement les mors et je serrai avec force.

Les premières tractions me firent craindre de ne pas réussir à l'extraire; elle semblait fixée dans un étau. Cependant, après quelques essais, je parvins à la mobiliser et je pus la retirer.

La plaie œsophagienne fut obturée avec un double surjet de catgut, je fermai la plaie extérieure avec un double plan de sutures et laissai un drain court dans la partie déclive.

Cette opération avait duré près de trois quarts d'heure, mais sans aucun incident spécial, le malade ayant bien supporté le chloroforme. Pendant les quarante-huit premières heures, mon opéré n'avala que quelques gouttes de liquide, car il lui était permis seulement de se rincer la bouche avec de l'eau de Vichy pour calmer sa soif. Mais il reçut chaque jour quatre lavements alimentaires de cent cinquante grammes qu'il put garder.

Grâce à ces précautions, l'œsophage fut mis au repos au moins d'une façon relative, puisque le malade avalait sa salive. Le drain fut enlevé après quarante-huit heures; toute la région opératoire présentait un aspect normal.

Quelques jours après, il put avaler des aliments demi-liquides et bientôt la viande bien mâchée.

La guérison totale se fit rapidement, et ne fut troublée que par une douleur pendant la déglutition au niveau du point où avait porté l'opération. Cette douleur persista assez gênante pendant vingt jours et finalement cessa complètement.

Depuis le mois de décembre, le malade a repris sa vie ordinaire, et sauf la cicatrice du cou un peu rétractée, il n'offre pas trace de son accident.

Lecture.

M. Potherat donne lecture d'un travail intitulé : *Tumeur du mésentère; laparotomie; guérison.*

(Commission : MM. Terrier, Lucas-Championnière et Routier, rapporteur.)

Présentation de malades.

M. Lejars présente un malade auquel il a fait avec succès, il y a dix-huit mois, la rectopexie postérieure par le procédé de Verneuil, pour un prolapsus du rectum.

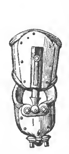
M. Hartmann présente un malade auquel il a pratiqué la résection de la presque totalité de la diaphyse du cubitus pour une ostéomyélite de cet os, et chez lequel il y a eu régénération osseuse.

(Commission : MM. Terrillon, Jalaguier et G. Marchant, rapporteur).

Présentation d'instruments.

M. Kirmisson présente un appareil pour le redressement du pied bot, construit sur ses indications par M. Mathieu. Cet appareil possède une articulation au niveau du coup de pied pour lutter contre l'équinisme, et une seconde articulation au niveau de l'articulation médio-tarsienne pour lutter contre le varus; ce qu'il y a de spécial dans cet appareil, c'est que cette seconde articulation est en forme de noix et permet d'imprimer au pied des mouvements d'adduction ou d'abduction, associés à des mouvements de rotation autour de l'axe antéro-postérieur. La partie pédieuse de l'appareil est reliée à la partie jambière par une glissière qui per-

met de les rapprocher ou de les écarter l'une de l'autre à volonté,





de manière à faire servir l'appareil pour des pieds de grandeurs différentes.

M. Monod présente, au nom de M. Henna, chirurgien de l'hôpital français de New-York, un trocart et une canule dilatatrice pour le drainage des abcès.

Présentation d'appareil.

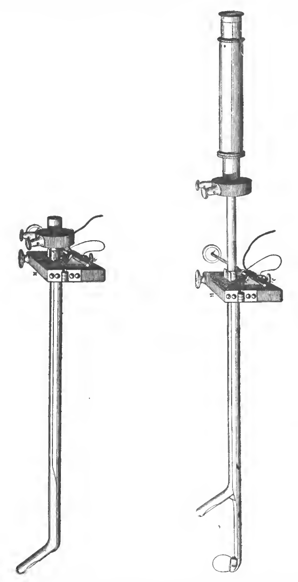
Serre-nœud galvanique pour papillomes vésieaux.

M. Bazy présente un instrument construit par M. le Dr Boisseau-du-Rocher et destiné à couper les petites tumeurs pédiculées de la vessie. Grâce à l'éclairage terminal de son appareil, l'opération devient simple.

L'instrument complet se compose du mégaloscope à fenêtre terminale du Dr Boisseau-du-Rocher et d'une longue gouttière terminée par une petite plaque d'ivoire, le long de laquelle glisse le mégaloscope; à l'extrémité de l'instrument correspondant au pavillon existe une plaque portant un treuil destiné à enrouler le fil de l'anse galvanique. Le volume de l'instrument primitif est à peine augmenté : car son diamètre ne correspond qu'au n° 25 de la filière Charrière.

Pour faire l'opération, il suffit, après avoir introduit l'instrument complet sans appareil optique, de mettre l'appareil optique; on fait une anse en repoussant la gouttière et le fil; on passe la tumeur dans l'anse; on serre l'anse; puis on retire l'appareil optique; on repousse le mégaloscope contre la tumeur et on fait passer le courant.

La tumeur coupée peut être enlevée avec l'instrument ou être



enlevée avec un autre instrument comme le lithotriteur, ou la sonde évacuatrice.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

La Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de son trésorier, M. Schwartz.

Le Secrétaire annuel, E. Kirmisson.

Séance du 15 mars 1893.

Présidence de M. Ch. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettres de MM. Chaput et Ricard, demandant à être inscrits sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

A propos du procès-verbal.

Œsophagotomie externe.

M. Paul Segond. L'une des observations relatées mercredi dernier par notre collègue M. Terrillon, m'a donné la pensée de vous communiquer, à titre de simple document, le récit d'une œsophagotomie externe que j'ai pratiquée en août 1889, pour extraire une pièce dentaire avalée pendant le sommeil.

Voici le fait que je résume en peu de mots sur l'observation détaillée que le médecin de la malade, M. Paul Boury (de Sérancourt), a bien voulu m'adresser après la guérison.

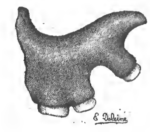
La patiente âgée de 36 ans, porte à la mâchoire supérieure, depuis bientôt 15 ans, un dentier muni de six dents artificielles et bien qu'il fût de longue date, brisé en deux moreeaux, elle ne prenait pas la préeaution de l'enlever pendant la nuit; je vous présente ici les deux fragments en question. Le plus petit, taillé en triangle, mesure deux eentimètres de hauteur sur douze millimètres de base. L'autre (voir *fig. x*) est une sorte de quadrilatère irrégulier dont le bord muni de dents n'a pas moins de 32 millimètres et, dès maintenant, j'appelle votre attention sur les deux crochets qui terminent les extrémités de son bord opposé.

Les pièees à eonvietions vous étant eonnues, j'arrive au récit de l'aecident.

Pendant la nuit du 22 au 23 août, la patiente est prise d'un accès de toux et déglutit les deux fragments, et, sentant le corps étranger immobilisé vers la base du cou, elle cherche à faciliter sa progression, en avalant plusieurs tasses de lait et quelques bouchées de pain, mais rien n'y fait, une douleur vive s'éveille bientôt derrière le sternum, la respiration devient anxieuse et le docteur Paul Baury est demandé en toute hâte.

Notre confrère, après avoir reconnu l'existence du corps étranger par le cathétérisme, prescrit un éméto-cathartique, et dans les deux heures qui suivent, le plus petit des deux fragments est expulsé par l'anus. En même temps, la douleur rétro-sternale disparaît, la respiration devient libre, la sensation du corps étranger s'efface et pendant 24 heures tout va pour le mieux ; ce n'était qu'une trêve.

Dans la journée du 25 la douleur rétro-sternale et les crises de suffocation se manifestent avec une intensité nouvelle, le docteur Paul Baury constatant que le corps étranger est toujours fixé dans l'œsophage, s'efforce de le refouler vers l'estomac avec une bougie, puis de l'extraire avec le panier de Graefe, mais ces tentatives de propulsion ou d'extraction ne donnent aucun résultat. M. Paul Baury réclame alors le concours de MM. Turbaux et Cailleret (de Saint-Quentin). L'extraction est de nouveau tentée sans le moindre succès, et devant ce nouvel échec, nos trois confrères me font demander par dépêche pour pratiquer l'œsophagotomie externe.



J'arrive à Sérancourt le 27 août à 5 heures du matin, et, séance tenante, après m'être assuré par le cathétérisme que la pièce dentaire est fixée à deux travers de doigt au-dessous du niveau de la fourchette sternale, je pratique l'œsophagotomie externe, avec l'assistance de mes trois confrères MM. Turbaux, Cailleret et Baury. La découverte et l'incision de l'œsophage au lieu d'élection sont exécutées suivant les les règles classiques si bien tracées par Farabeuf et sauf un retard d'ordre tout épisodique créé par le brusque affaissement de notre table opératoire au moment de l'opération œsophagienne, j'arrive très vite à sentir le bord supérieur du dentier avec la pulpe de l'index introduit dans toute sa longueur par la boutonnière œsophagienne

Je cherche alors à réaliser l'extraction directe à l'aide d'une pince, mais je n'y puis réussir, et chacune de mes tractions n'a d'autre résultat que d'enfoncer davantage les deux crochets du dentier dans la mu-

queuse œsophagienne. Reconnaissant ainsi la nécessité de faire porter mes tractions sur le bord opposé de la pièce dentaire, je vais l'accrocher avec l'extrémité d'un stylet recourbé, et je réussis à faire basculer la pièce de bas en haut autour de ses crochets; ceux-ci se dégagent aussitôt et l'extraction se fait sans difficulté.

Je termine là cette observation dont l'uniqne intérêt réside dans les difficultés et les dangers d'extraction créés par la pénétration des crochets de la pièce dentaire dans la muqueuse œsophagienne. L'artifice opératoire qui m'a donné le succès est sans doute fort simple, mais il m'a rendu grand service, dans un cas qui menaçait en somme de devenir fort difficile ou même périlleux, et c'est à ce titre que je me permets de le signaler à votre attention. Quant aux suites de notre intervention, elles ont été des plus simples et je n'insiste pas. Après avoir fermé la plaie œsophagienne avec des points séparés au catgut, j'ai placé un drain à la partie inférieure de l'incision cutanée suturée au fil d'argent; durant les premiers jours, l'alimentation a été assurée par la sonde œsophagienne; il s'est fait d'abord par le drain, une émission abondante de mucosités tenant à l'imperfection de la réunion des lèvres de la boutonnière œsophagienne, mais tout est rapidement rentré dans l'ordre, la température n'a jamais dépassé 37°, la plaie s'est réunie sans trace de suppuration, et quinze jours après l'opération, cicatrisation et guérison ne laissaient plus rien à désirer.

Corps étranger de l'œsophage chez un enfant de 2 ans et demi; extraction par œsophagotomie externe. Guérison.

M. Jalaguier. Paul L..., âgé de 2 ans et demi, avala, le 29 août 1871, le disque de plomb que je vous présente, et dont voici les dimensions : diamètre, 22 millimètres ; épaisseur, 6 millimètres. Le pourtour, bien qu'étant à peu près circulaire, présente des inégalités assez marquées.

L'enfant fut gardé chez lui pendant cinq jours et plusieurs tentatives d'extraction furent faites sans succès. La déglutition des liquides était possible.

Le 3 septembre, sixième jour après l'accident, l'enfant fut conduit à l'hôpital Trousseau, où je remplaçais le professeur Lannelongue. Le petit malade était pâle, abattu, et paraissait souffrir assez vivement; il avait de la fièvre.

Après anesthésie chloroformique, j'introduisis un explorateur à boules qui fut arrêté à 13 centimètres de l'arcade dentaire. Mon doigt, profondément enfoncé dans la bouche, pendant que je remontais le larynx en tirant fortement sur la langue, put sentir le bord supérieur du corps étranger qui correspondait à la fourchette sternale (je rappelle qu'il

s'agissait d'un tout petit enfant). De plus, en palpant avec soin la région sus-sternale, il me fut possible de percevoir profondément en arrière de la trachée, une tuméfaction dure qui était évidemment due à la présence du corps étranger.

J'essayai de passer le panier de Graefe qui ne put dépasser le corps étranger. Du reste, je n'insistai pas. Avec une longue pince courbe guidée sur mon index gauche, je parvins à saisir à plusieurs reprises, le bord supérieur du corps étranger, mais il ne me fut pas possible de le dégager, tant il était solidement encastré.

Je me décidai alors à pratiquer l'œsophagotomie externe.

L'opération fut faite du côté gauche suivant le procédé classique; j'arrivai sans peine sur l'œsophage, en suivant la face latérale de la trachée ; le nerf récurrent gauche était très visible et facile à éviter. Les gros vaisseaux furent réclinés par un écarteur de Farabeuf et confiés à mon ami, le docteur Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck, qui voulait bien m'assister. Le corps étranger put être senti distendant l'œsophage à la partie inférieure de l'incision. J'ouvris l'œsophage longitudinalement dans l'étendue de 2 centimètres, et avec une forte pince j'attirai au dehors ladite palette de plomb.

Suture très exacte, au catgut, de la plaie œsophagienne. Drainage. Réunion superficielle au crin de Florence. Pansement salolé.

Pendant la journée, l'enfant présente un peu d'agitation et le thermomètre monte le soir à 38°,6. Alimentation nulle. — Le 4 septembre, après une nuit calme, la température revient à la normale. — L'enfant avale du lait sans difficulté.

Le 5 septembre, la déglutition du lait paraît occasionner un peu de douleur. La température reste normale.

Le 6 septembre, le pansement exhalant une odeur de lait aigri est renouvelé, et l'on constate que, par l'orifice du drain, s'écoule une certaine quantité de lait chaque fois que l'enfant exécute un mouvement de déglutition. La quantité passant par la plaie qui, du reste, est réunie dans presque toute son étendue, augmente le 7 et le 8 septembre, et l'enfant paraît s'affaiblir.

Le 9 septembre on remarque, qu'il suffit d'exercer sur la plaie une compression légère pour que la déglutition du lait s'effectue sans qu'il s'en perde une goutte. A partir de ce moment, l'enfant reprend rapidement des forces et de l'embonpoint. Le 16 septembre, on peut cesser la compression sur la plaie pendant les repas. Le 19 septembre, la cicatrisation est complète, et l'enfant quitte l'hôpital le 25 septembre.

Je l'ai revu le 26 octobre, il était dans un état de santé florissante et avalait sans aucune difficulté des aliments de toute sorte.

Je crois qu'il est très heureux que je n'aie pas pu passer le panier de Graefe, car j'aurais certainement éprouvé les plus grandes difficultés à le retirer et j'aurais, sans nul doute, produit des dégâts considérables. Le panier de Graefe rend de grands services et je m'en suis servi maintes fois; mais son emploi doit être réservé

pour les corps minces arrondis, à bords lisses, comme les pièces de monnaie; j'ajoute qu'il faut que l'introduction du corps étranger soit de date assez récente pour que des lésions graves de la paroi œsophagienne n'aient pas eu le temps de se produire. Pour les corps étrangers introduits depuis plusieurs jours, surtout s'ils sont tant soit peu irréguliers, je crois qu'il faut d'emblée recourir à l'œsophagotomie externe.

M. Félizet. Je me proposais depuis longtemps de vous parler d'un accident de corps étranger œsophagien, à l'occasion duquel j'ai été sur le point de pratiquer l'œsophagotomie externe, opération que j'ai eu le bonheur d'éviter.

Il s'agissait d'un enfant de 2 ans, qui avait avalé une pièce d'un franc.

Au mois de novembre dernier, je fus appelé le soir à l'hôpital Tenon.

Mon interne avait essayé d'extraire le corps étranger au moyen du panier de Graefe, du petit modèle que nous avons dans notre service.

Le panier avait dépassé le corps étranger, il l'avait accroché et il n'y avait plus moyen d'enlever ni la pièce ni le panier; je trouvai l'enfant suffocant, la bouche ouverte et embrochée par une tige qui dépassait au-dessus de 25 centimètres. Pendant qu'on préparait l'outillage nécessaire pour l'œsophagotomie externe et éventuellement pour la trachéotomie, je constatais, à la base du cou, à gauche, en arrière de la trachée portée en avant, une masse irrégulière, dure, dans la saillie de laquelle je reconnaissais bien les bords du disque métallique et une des ailettes du panier de Grafe.

J'eus alors une idée qui me réussit et qui devait réussir; elle est d'une exécution simple, facile, et je me reproche de ne vous en avoir pas reparlé plus tôt.

Je fixai à la tige de baleine retenue à l'œsophage, une éponge, ayant le volume d'une grosse noix, et je l'introduisis, graissée d'huile, dans l'œsophage.

La pénétration fut extrêmement facile, grâce à la dilatabilité de l'œsophage. L'éponge rencontra le panier et la pièce de monnaie et put refouler le tout à une profondeur de quatre ou cinq centimètres.

Pressant alors, avec la main droite, qui tenait la tige armée de l'éponge, et résistant avec la main gauche, qui fixait la tige de l'appareil de Graefe, je pus mobiliser toute la masse et amener au dehors l'éponge, la monnaie et le panier, avec une facilité dont vous n'avez pas idée. La principale objection qu'on peut faire au panier de Graefe, est que, s'il pénètre bien, il sort mal, à cause de la résistance de ses ailettes qui labourent la muqueuse. La muqueuse de l'œsophage fait un bourrelet, et ce bourrelet est l'obstacle principal à la sortie.

L'introduction d'une grosse éponge a servi à effacer ce bourrelet, à refouler le panier au delà de l'obstacle qu'il rencontrait; puis, dans l'acte de l'extraction, elle a permis de procéder à la sortie du panier, de

distendre et d'effacer devant lui la muqueuse œsophagienne ; de préparer la sortie, en un mot, par une ditatation ferme, égale et régulière, la sortie du corps étranger, et surtout du panier qui restait engagé derrière, fixé à l'œsophage avec une résistance d'hameçon.

J'ai été très heureux d'éviter ainsi, à un enfant de 2 ans à peine, une opération difficile, délicate et toujours dangereuse à cet âge.

Je pense que l'on pourrait également, chez les adultes, avant de se décider à l'œsophagotomie externe, faire cette petite tentative, dont l'exécution est, ainsi que j'ai essayé de vous le faire comprendre, d'une facilité extrême.

M. Delorme. J'avais demandé la parole pour insister sur la donnée que vient d'indiquer M. Felizet. En voyant nos collègues insister sur les difficultés du dégagement des corps étrangers œsophagiens, à bords ou à surface anguleuse, irrégulière, on est tenté de se demander s'il ne serait pas utile de dilater l'œsophage au-dessous du corps étranger avec une pince dilatatrice coudée ou non, engagée par la plaie de l'œsophagotomie externe, pendant qu'on fait agir la pince extractive.

Communication.

Sur deux cas d'orchidopexie dont un suivi de succès constaté un an après l'opération.

Par M. Demmler.

A propos de la communication de M. Tuffier, au sujet d'un malade atteint d'ectopie intermittente et ayant subi avec succès une orchidopexie je demanderai à la Société la permission de lui communiquer un fait semblable. Il se rapporte à un soldat du 18e bataillon de chasseurs à pied, le nommé Lecœur, entré à l'hôpital Saint-Martin, une première fois en février 1890, se plaignant de ressentir dès qu'il marchait une sensation de tiraillement dans l'aine gauche provoquant des crises douloureuses dans le ventre, et presque de la défaillance, s'il ne s'arrêtait pas. Quand le malade était couché, le testicule redescendait à peu près dans les bourses, quoique moins bas que son congénère, mais, dès que le malade se levait, l'organe venait s'appliquer sur l'anneau inguinal externe, et déterminait immédiatement une sensation douloureuse. Pas de trace de pointe de hernie dans le trajet inguinal en faisant tousser le malade. J'essayai pendant trois semaines environ de pratiquer un mas-

sage journalier sur l'organe en l'attirant en bas. Il fut plus ou moins régulièrement suivi, et le malade ne voulant pas se laisser opérer fut désigné pour une section d'ouvriers. Quoique le service fût moins fatigant en raison de l'absence des exercices, le soldat Lecœur se présenta de nouveau à l'hôpital le 15 mars en demandant à être opéré. Je pratiquai en avril l'orchidopexie. L'incision mit à nu un cordon entouré d'un crémaster très volumineux que je disséquai et sectionnai; il constituait un véritable petit muscle : le tissu cellulaire environnant le cordon était également épaissi, l'artère spermatique, très volumineuse, put facilement être reconnue, les veines étaient normales.

Le cordon ayant été dégagé de tous ses éléments et libéré parfaitement, l'organe pendait comme un battant de cloche. Avec le doigt je déprimai le fond des bourses et je creusai une loge où j'insérai le testicule par deux points de suture passant dans l'albuginée et ressortant par la partie postéro-interne du scrotum. Je ne constatai la présence d'aucun sac.

Les suites furent très simples. La réunion eut lieu par première intention. Seuls les fils de soie entretinrent un peu d'écoulement dans les points du scrotum où ils étaient noués, et jusqu'au jour où je les retirai, dès que j'eus constaté un noyau indiquant l'adhérence au scrotum.

J'ai revu le malade un an après. Il me racontait qu'il avait assisté aux grandes manœuvres; qu'il faisait l'office de planton à la section, c'est-à-dire des courses fréquentes dans Paris; sans être incommodé. Le testicule était un peu remonté, mais il ne venait plus s'appliquer sur l'anneau, et était sensible et nullement atrophié.

M. Monod. A propos du travail de M. Demmler, j'ajouterai que j'ai opéré récemment un malade atteint d'ectopie testiculaire double, antérieurement présenté par moi à la Société de chirurgie. On a décrit, pour cette opération, un grand nombre de procédés; celui qui me paraît mériter la préférence est celui de M. Lucas-Championnière. Il consiste à libérer complètement le testicule en sectionnant en travers tous les obstacles à son abaissement; pour cela, il est bon de saisir entre les doigts les éléments du cordon, et de les examiner par transparence, avant d'en pratiquer la section, de façon à ménager le canal déférent. Dans le cas particulier, je me suis contenté de déposer le testicule abaissé dans une loge préalablement creusée dans le scrotum, sans l'y fixer par un point de suture.

Rapport.

Sur un cas de tétanos, par le Dr DIETERLEN (de Cannes).

Rapport par M. VERNEUIL.

Sophie W..., 39 ans, est amenée à l'asile évangélique de Cannes, le 1 janvier 1893. Cette femme, fleuriste de son état, est malade depuis quinze jours environ, et les personnes qui l'ont amenée fournissent les renseignements suivants, que la malade confirme du reste.

La maladie a débuté par un violent mal de gorge survenu brusquement à la suite d'un refroidissement, et qui, au bout de peu de jours, se termina par le rejet d'une certaine quantité de pus sanguinolent, après quoi la malade se sentit soulagée. Mais le soulagement ne fut que passager, car un ou deux jours plus tard survint une raideur douloureuse du cou et des mâchoires. Cette raideur se généralisa en peu de jours aux membres supérieurs, au tronc, aux membres inférieurs, s'accompagnant de crises douloureuses. Les personnes qui virent la malade à ce moment racontent que, pendant les paroxysmes, le corps s'arquait en voûte et ne reposait plus sur le lit que par les talons et l'occiput.

Un médecin appelé à ce moment conseilla le transport à l'hôpital.

Nous trouvons la malade en état de contracture généralisée; la face est crispée, les lèvres tendues donnent à la bouche l'apparence du rire sardonique, les dents serrées ne peuvent être écartées; la malade s'est mordue la langue plusieurs fois en essayant de boire ou de parler. Les muscles du cou forment des cordes dures; à gauche, au niveau de l'amygdale, on sent une tuméfaction profonde très sensible à la pression. Pendant la déglutition, c'est en ce point que siège la douleur, et bien que le phlegmon soit ouvert depuis quelques jours et ne paraisse plus suppurer, cette douleur est encore très vive.

La colonne vertébrale est immobilisée en léger opisthotonos, le ventre dur, légèrement excavé. Les membres, en extension, sont raides et ne peuvent être bougés; les doigts sont fléchis; lorsqu'on essaye de les porter en extension, on provoque un redoublement de la raideur qui arrache des plaintes. La température n'est que de 37°,8. La malade a toute sa présence d'esprit, mais parle très difficilement. Elle se plaint beaucoup de la douleur que la déglutition provoque au côté gauche de l'isthme du gosier. Elle ne crache pas, mais son haleine a une odeur de pus fétide très forte. Il est impossible de se rendre davantage compte de l'état de la gorge. En dehors des crises, et bien que la raideur tétanique persiste, il n'y a pas de douleurs musculaires; mais les paroxysmes pendant lesquels la contraction s'exaspère, provoquent des douleurs atroces.

La sensibilité est intacte; elle ne paraît pas augmentée; du reste ces recherches, comme celles des réflexes, ne peuvent être poussées bien loin, car elles provoquent des crises.

Un examen minutieux de tout le corps ne révèle nulle part le moindre traumatisme.

La malade est mise au chloral donné en lavements de deux grammes toutes les deux heures jusqu'à effet sédatif.

La nuit se passe sans crises, bien que la raideur générale persiste. Au matin, la malade qui a un peu dormi se sent mieux et peut exécuter des mouvements limités. Les dents sont moins serrées; la malade peut avaler du lait. Température 37°,4, dans la soirée 38°. Pouls à 100, régulier.

Pendant toute la journée (le 2) elle reste somnolente; plus de crises générales; de temps en temps la malade gémit sous l'influence d'un redoublement de la crampe dans les membres surtout le long des cordes que les adducteurs font à la face interne des cuisses; elle réclame du chloral, puis l'ayant pris, retombe dans son assoupissement. Les journées des 3 et 4, se passent de même; mais la malade se plaint maintenant d'une barre ou d'un anneau qui lui serre douloureusement le cou, et d'une forte oppression. On ne peut l'asseoir pour l'ausculter. Elle ne peut garder ses matières; elle sent bien le besoin d'aller lorsqu'elle n'est pas trop assoupie, mais avant qu'on ait eu le temps de la servir, elle laisse aller sous elle; la température ne dépasse pas 38°. Le 4, au soir, elle n'est même plus qu'à 37°,6. Le pouls reste bon, régulier, à 80-100.

La malade réclame le chloral dès qu'elle sort de son état de somnolence, et continue à s'alimenter d'un peu de lait.

Dans la nuit du 4, elle se plaint plus vivement de la poitrine sans qu'on puisse comprendre ce qu'elle y éprouve, et meurt très rapidement, sans agonie, sans étouffement véritable. Pas d'autopsie.

Nous nous sommes rendus à son domicile, cabane en planches sur le bord de la route, présentant en façade et au niveau du sol une pauvre échoppe de fleuriste, et au fond un réduit sans fenêtre, sans chauffage, où était son lit. C'est dans cette arrière-boutique, étroite, froide, humide, non aérée, que la malade est restée couchée près de quinze jours sans autres soins que ceux d'une voisine et de quelques cochers de la station de fiacres qui se trouve vis-à-vis de son échoppe. Il nous a même été rapporté que les visites des cochers étaient à l'ordinaire assez fréquentes dans l'arrière-boutique et que la malade dont l'inconduite était notoire, avait un de ces cochers pour amant régulier. Dans la boutique, quelques fleurs coupées en pot. Nous ne trouvons nulle part de fumier, ni de terreau; les plantes sont empotées en terre ordinaire ou en terre de bruyères. La fleuriste ne possédait pas de jardin et achetait sa marchandise de côté et d'autre.

Sur les indications que le professeur Verneuil veut bien nous donner, nous recueillons dans des tubes des échantillons de terre prise dans les pots de fleurs, de la poussière et de la boue desséchée qui forme sur le plancher une couche épaisse et quelques

toiles d'araignées des murs. Les cinq tubes ainsi remplis sont expédiés à Paris en vue de recherches de laboratoire.

Au moment où nous livrons cette observation, le 19 janvier, quinze jours après le décès, on nous raconte qu'en nettoyant le réduit ou la femme W... habitait, on a découvert un fœtus en pleine décomposition. La malade aurait donc accouchée clandestinement, et la justice recherche aujourd'hui les circonstances dans lesquelles cet accouchement a eu lieu. Nous pouvons ajouter que, pendant les quatre jours que la malade à passés à notre hôpital, elle n'a présenté aucun symptôme d'affection utérine, ni douleur, ni pertes, ni fièvre ; cependant, au point de vue de la porte d'entrée des germes du tétanos, nous pouvons ajouter la voie utérine à la voie pharyngienne.

Note de M. Sanchez Toledo, relative aux recherches bactériologiques faites dans le cas précédent.

Le 10 janvier 1893, je reçois de M. le professeur Verneuil cinq tubes contenant des échantillons : 1° toiles d'araignées; 2° terre d'un pot de bruyère; 3° terre d'un pot de primevères; 4° terre de bruyère; 5° poussière prise sur un plancher en bois.

Le 10 janvier, deux cobayes et un lapin reçoivent chacun sous la peau du ventre 1/2 centimètre cube environ du contenu du tube n° 1. (*Toiles d'araignées*). Le 11 janvier, au soir, les deux cobayes meurent avec un œdème notable au point d'inoculation. A l'autopsie ils présentent toutes les lésions dues au vibrion septique de Pasteur; on s'en assure par l'examen microscopique et par la culture; ces dernières ne nous permettent pas de constater la présence du bacille de Nicolaïer. Le lapin n'est mort que le 14; il présentait les mêmes lésions que les cobayes, et l'autopsie, l'examen microscopique et les cultures nous ont donné les mêmes résultats,

Le 11 janvier, un cobaye et un lapin reçoivent sous la peau de la cuisse droite 1 centimètre cube du contenu du tube n° 2 (*Terre d'un pot de bruyère*). Les résultats ont été les mêmes qu'avec le tube n° 1, avec cette différence que le cobaye n'est mort qu'au bout de deux jours, le 13, et le lapin au bout de trois jours, le 14.

Le 11 janvier, deux cobayes sont inoculés sous la peau de la cuisse avec 1 centimètre cube du contenu du tube n° 3. (*Terre d'un pot de primevères*); ils meurent le 11 au matin, et à l'examen microscopique du pus de la plaie d'inoculation, nous croyons reconnaître la présence du bacille du *tétanos*; mais la culture et l'inoculation nous montrent qu'il s'agissait d'uu bacille très ressemblant à celui de Nicolaïer, comme forme, en tête d'épingle, mais aérobie et non pathogène. La culture du pus nous fit constater aussi la présence d'autres microbes et, parmi

ceux-ci, le *vibrion septique* qui se trouvait à l'état de pureté dans la sérosité péritonéale.

Le 19 janvier, un cobaye est inoculé sous la peau du dos avec 1 centimètre cube du contenu du tube n° 4. (*Terre de bruyère*). Après avoir présenté un petit abcès au niveau du point d'inoculation, il meurt le 23. A l'autopsie nous ne trouvons rien à signaler, sauf le petit abcès de la grosseur d'une noisette. La culture du pus de cet abcès ne nous permit d'isoler que des bactéries banales de la suppuration. Le sang du cœur et la sérosité péritonéale se montrèrent stériles. Nous ne pouvons nous prononcer sur la cause de la mort de ce cobaye que nous attribuons au froid rigouroux dont on souffrait à ce moment-là.

Le 20 janvier, deux cobayes et un lapin reçoivent sous la peau du ventre 1 centimètre cube environ du contenu du tube n° 5 (*Poussière du sol — plancher en bois*). Un des cobayes fut trouvé mort le lendemain, probablement de froid, la culture et l'examen microscopique ainsi que l'autopsie ne nous ayant pas permis de trouver les causes de la mort. L'autre cobaye, ainsi que le lapin, présentèrent un abcès au point d'inoculation, et quelques jours après, guérirent.

M. Verneuil lit un rapport sur *quelques observations de tétanos*, par M. le Dr Beugnier (de Givet). La publication est momentanément ajournée pour cause d'enquête scientifique complémentaire.

M. Verneuil ajoute au récit de M. Dieterlen et aux recherches bactériologiques de M. Sanchez Toledo, les remarques suivantes : fait curieux qu'on eut donné jadis comme un exemple de tétanos spontané, alors qu'il existe au lieu d'une seule deux portes d'entrée entre lesquelles on peut choisir indifféremment.

La provenance du virus présente ici un intérêt particulier. Les recherches bactériologiques minutieuses mettent hors de cause l'origine tellurique directe et autorisent à admettre que l'infection provenant du cheval s'est faite par l'intermédiaire des hommes en rapport continuel avec cet animal ; c'est-à-dire des cochers qui approchent sans cesse Sophie W... avant et pendant sa maladie.

Ce cas grossit donc la colonne des tétanos équins indirects.

En résumé, ni l'inoculation ni la culture des cinq échantillons remis à notre examen, ne nous ont permis de déceler le bacille du tétanos.

Rapport.

Volumineux spina-bifida de la région lombaire communiquant avec le canal rachidien; extirpation. Guérison, par M. Ricard.

Rapport par M. Picqué.

Au nom d'une commission composée de MM. Polaillon, Delens et Picqué, rapporteur je viens vous rendre compte d'une belle

observation de spina-bifida de la région lombaire qui nous a été lue récemment par M. Ricard, notre collègue des hôpitaux. Permettez-moi, tout d'abord, de vous en faire une analyse détaillée, je vous soumettrai ensuite les réflexions qu'elle m'a suggérées.

Il s'agit d'une jeune fille de 25 ans qui portait depuis sa naissance une tumeur située à la partie inférieure et médiane de la région lombaire. Cette tumeur, à peine saillante dans les premières années de la vie, a progressivement augmenté de volume, au point qu'au moment où M. Ricard l'observa pour la première fois, elle mesurait 40 centimètres en hauteur, 25 en largeur sur une épaisseur de 20 à 25 centimètres; sa circonférence mesure 57 centimètres.

Cette tumeur présentait, dit l'auteur, un volume aussi considérable que le bassin, en arrière et au-dessus duquel elle est implantée.

Sa forme est irrégulièrement sphérique quoiqu'un peu aplatie dans le sens antéro-postérieur. A sa surface existe un sillon fort net presque transversalement dirigé qui sépare la masse en deux parties inégales.

La peau présente les caractères ordinaires dans ces sortes de tumeur, Amincie, bleuâtre, au niveau de la partie culminante, d'aspect cicatriciel par places, elle est au contraire normale à la périphérie où elle glisse facilement sur les parties sous-jacentes.

Cette tumeur est manifestement fluctuante: elle adhère au squelette par sa face profonde.

Jusque dans ces dernières années, la pression exercée sur la tumeur déterminait des troubles cérébraux commençant par une sensation de plénitude dans la tête, sensation devenant rapidement douloureuse et s'accompagnant de véritables crises convulsives avec tendance aux syncopes. Le décubitus dorsal était impossible. Actuellement les pressions les plus énergiques ne déterminent aucun trouble; la tumeur semble irréductible.

En 1882, le professeur Verneuil ponctionna la tumeur, mais le liquide se reproduisit dans les 24 heures et la malade renonça à tout traitement. Aujourd'hui elle demande une intervention dans un but d'esthétique, intervention que M. Ricard pratique le 21 avril 1892.

Les précautions préalables étant prises, deux incisions courbes sont pratiquées sur la surface de la tumeur, incisions se rejoignant à leur extrémité inférieure et circonscrivant un lambeau de peau à grand axe vertical mesurant toute la hauteur de la tumeur et dont le petit axe transversal mesure 12 à 15 centimètres. M. Ricard dissèque alors les lèvres de l'incision. On reconnaît bientôt les fibres musculaires du grand fessier adhérentes et fusionnées avec la paroi du kyste; l'aponévrose lombaire est également très adhérente et la séparation en fut laborieuse; on arrive cependant à un pédicule irréductible dont la forme est allongée, verticale et d'une épaisseur de 2 centimètres environ sur une hauteur de 5 à 6 centimètres.

Autour de ce pédicule membraneux on sent et l'on voit l'échancrure osseuse à travers laquelle la paroi kystique pénètre dans le canal rachidien.

La tumeur rappelle alors, dit M. Ricard, un volumineux kyste ovarique.

Persuadé de l'isolement de la tumeur à cause de son irréductibililé, notre collègue place un clamp sur le pédicule ; mais immédiatement surviennent des secousses convulsives dans les membres inférieurs ; la malade devient subitement pâle et la respiration reste un moment suspendue. Dès lors, la présence dans le pédicule d'éléments nerveux devenait évidente : la pince fut retirée et le kyste incisé ; il s'en écoula deux cuvettes d'un liquide clair et transparent. Puis un véritable jet de liquide céphalo-rachidien vient de la profondeur, bientôt arrêté par la compression du doigt au niveau de l'orifice rachidien.

Autour de cet orifice émergent des troncs nerveux et volumineux dont les uns viennent se perdre dans la paroi kystique où il est aisé de les suivre par transparence, et dont les autres, en anse, se replient pour rentrer dans le canal rachidien. Les premiers nerfs furent sectionnés, les autres furent respectés en laissant autour d'eux une petite collerette de 995 millimètres de largeur.

La face interne de cette paroi fut scarifiée à la pointe du bistouri et les deux bords assujettis par un solide surjet de catgut.

Le moignon ainsi obtenu fut réduit dans l'échancrure osseuse et y fut maintenu par un large fil de soie qui, comme un lacet, dit M. Ricard, fut passé plusieurs fois d'un des bords à l'autre de l'échancrure et sur toute sa hauteur.

La plaie cutanée fut réunie comme à l'ordinaire sans drainage.

Au point de vue des suites, je n'insisterai, Messieurs, que sur une particularité qui me semble digne d'attirer toute votre attention.

Le 29 avril, la réunion était parfaite, mais le centre de la région opératoire était soulevé par du liquide collecté entouré d'une zone indurée et indolente. Quatre jours après une ponction amène 260 gr. d'un liquide rosé et filant.

Six jours après il persistait encore du liquide en petite quantité ; une deuxième ponction fournit 60 grammes de liquide.

Je reviendrai dans un instant sur cette particularité qui m'a vivement frappé ; dix mois après l'opération, M. Ricard a revu la malade : la région est normale, la peau mobile, une légère induration profonde verticale indique le lieu où se trouvait le pédicule.

Messieurs, en dehors du beau résultat opératoire que la malade doit à l'habileté de notre collègue, les détails de l'observation et du manuel opératoire soulèvent une série de questions sur lesquelles je vous demande la permission d'insister quelques instants.

Les questions relatives à la physiologie pathologique du spina bifida sont encore peu connues ; le plus souvent, c'est chez l'enfant, le nouveau-né, qu'on observe cette affection. Il est rare, comme dans le cas de M. Ricard, de l'observer chez une adulte, pouvons-nous donc tirer, à ce point de vue spécial, quelques déductions intéressantes de ce cas ?

On admet généralement que les accidents dus à la compression exercée sur la tumeur sont dus au refoulement du liquide céphalo-rachidien dans la partie crânienne.

Or, à l'état normal, on a bien exagéré les conditions de mobilité du liquide céphalo-rachidien dans le canal rachidien.

Les anciennes expériences du professeur Richet et celles plus récentes de Salathé qui en étaient comme le contrôle graphique ont perdu singulièrement de leur intérêt depuis les beaux et récents travaux du professeur Frank qu'il à consignés dans son remarquable article *Sympathique* du dictionnaire de Déchambre, et sans entrer dans le détail de faits qui sont bien connus aujourd'hui, qu'il soit cependant permis de rappeler, avec ces auteurs, que les modifications du cerveau agissent bien plutôt sur le système veineux dont elles déterminent la déplétion que sur le liquide céphalo-rachidien qu'elles déplacent à peine. Si le liquide se déplace peu, n'est-on pas en droit, dès lors, de se demander si dans le spina bifida les accidents observés à la suite de la compression ne sont pas plutôt le résultat de symptômes médullaires avec action inhibitoire possible sur les parties supérieures de la moelle ou du cerveau plutôt que le résultat mécanique du refoulement sur le cerveau lui-même.

Je pose simplement la question sans la résoudre. Chez le nouveau-né, à la rigueur, le refoulement pourrait se produire s'il existait une malformation spéciale du système nerveux central, mais il était intéressant, en vérité, chez une adulte d'étudier les modalités cliniques de cette compression locale. Or, chez la malade de M. Ricard, la compression exercée sur la tumeur déterminait jusqu'à ces dernières années des troubles cérébraux « commençant par une sensation de plénitude dans la tête, sensations devenant rapidement douloureuses et s'accompagnant de véritables crises convulsives avec tendance aux syncopes ».

Or, ne vous semble-t-il pas étonnant qu'aujourd'hui la compression reste sans effet, alors qu'il existe une large communication constatée par M. Ricard lui-même au cours de l'opération ; cette constatation, sans prétendre à la rigueur d'un fait expérimental, n'est certes pas en rapport avec la théorie du refoulement, théorie que nous allons voir dans un instant expliquer des faits d'un autre ordre.

La détermination précise de cette question présente cependant un grand intérêt au point de vue thérapeutique. Frappé d'un cas où l'opération du spina-bifida avait été suivie d'une hydrocéphalie secondaire, j'engageai M. Bellanger qui avait suivi ce malade et voulait faire sa thèse sur ce sujet, de faire des recherches sur la fréquence de l'hydrocéphalie à la suite de l'opération.

Cette enquête lui permit de reconnaître que cette apparition de l'hydrocéphalie est un fait fréquemment observé. Comment dès lors expliquer ce fait. Existe-t-il vraiment un rapport étroit de causalité dû au refoulement réel du liquide? S'agit-il plutôt d'une simple coïncidence chez des sujets prédisposés à des dilatations multiples des enveloppes méningées. C'est là un point de la plus haute importance, mais je ne puis que le signaler sans pouvoir y apporter aucun éclaircissement.

La méningite ascendante est un fait possible qui a été invoqué par quelques-uns de nos collègues, mais qui ne saurait s'appliquer à la majorité des cas.

Dans tous les cas, il importerait d'être fixé sur ce point. Comment une opération aussi légitime que la cure radicale du spina bifida pourrait-elle conduire à une complication dont la fréquence et le danger devrait arrêter la main du chirurgien et l'engager peut-être à une abstention systématique?

Quoi qu'il en soit, chez la malade de M. Ricard, aucun symptôme ultérieur de compression centrale n'est survenu, et c'est encore là un fait digne d'être noté et qui vient prouver en tout état de cause que l'accumulation de liquide dans la cavité crânienne n'est pas un phénomène fatal. Il est certain que chez l'adulte où l'ampliation crânienne n'est plus possible, la moindre accumulation de liquide ne saurait passer inaperçue, et M. Ricard n'a signalé qu'un peu d'agitation dans les trente-six heures qui ont suivi l'opération.

Au point de vue de l'intervention, M. Ricard a bien fait de recourir d'emblée à l'intervention sanglante.

On a souvent dit qu'on pouvait recourir aux injections dans les cas de spina-bifida non réductibles, or chez la malade l'irréductibilité semblait exister et l'on trouva cependant au cours de l'opération une large communication.

D'ailleurs dans les spina-bifida de la région lombaire où la présence des éléments nerveux est pour ainsi dire la règle, cette méthode, de même que l'application du clamp, présente une gravité réelle, et c'est à l'incision d'emblée qu'il faut recourir.

D'ailleurs, M. Ricard dut renoncer lui-même à l'application provisoire du clamp, en raison des accidents convulsifs qui survinrent dès son application. Polaillon, dans un cas communiqué à la Société en 1875, avait constaté le même fait et je pense en résumé qu'il convient de faire de suite l'incision du sac, pratique sur laquelle j'ai tout particulièrement insisté dans le travail que j'ai eu l'honneur de vous lire l'an dernier sur le traitement de l'encéphalocèle, à propos d'un cas où je trouvai dans le sac une partie du lobe occipital et du cervelet.

En conséquence, abandon de toutes les anciennes méthodes, in-

cision d'emblée dans tous les cas, même dans ceux où le pédicule est mince et la communication contestable, telle est, selon moi, la pratique à suivre désormais comme pour les sacs diverticulaires de toutes les grandes cavités splanchmiques.

M. Ricard nous dit, dans son cas, avoir sectionné quelques filets nerveux et respecté la plupart d'entre eux en laissant autour d'eux une petite collerette de quelques millimètres.

Comment la section de ces filets n'a-t-elle amené aucun trouble fonctionnel? Or c'est un fait assez fréquemment noté dans les observations et encore mal connu aujourd'hui. Bien que, dans le cas de Ricard, il n'y ait pas eu d'examen histologique, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une façon générale de branches anormales comme certains anatomopathologistes inclinent à le croire. J'ai eu l'occasion, dans un voyage à Prague, de voir dans le service du Dr Bayer, à l'hôpital-impérial François-Joseph quelques cas de spina-bifida dans lesquels ce chirurgien n'avait pas craint de sectionner plusieurs branches nerveuses sans qu'il survînt de paralysie.

D'ailleurs l'origine des troubles fonctionnels, je le répète, est d'une façon générale bien mal connue.

Tandis que, dans certains cas, la *reposition* de la moelle dans le canal rachidien suffit à faire disparaitre une paralysie complète, et M. Bayer (de Prague) m'en a montré un cas dont il a publié la relation dans un des deux intéressants articles qu'il a publiés dans le *Prager Med. Woch.*, 1889; dans d'autres cas, au contraire, comme chez l'enfant présenté par nous à la Société de chirurgie, que j'ai opéré avec le concours précieux de mon excellent maître M. Berger, on observe, trois mois après la guérison, une paralysie complète et cependant il n'existait pas dans la poche d'éléments nerveux : aucune des brides intrasacculaires n'avait d'ailleurs été réséquée.

L'état général de l'enfant était excellent, mais il existait en outre une hydrocéphalie secondaire.

Dans un cas de Bayer, il se produisait également, deux mois après l'opération, une hydrocéphalie notable et une monoplégie du membre supérieur gauche avec paralysie faciale correspondante.

Doit-on dans certains cas admettre un processus inflammatoire tardif dû à une infection faite de la plaie? Quoi qu'il en soit, il y a là, comme on le voit, des particularités cliniques importantes sur la pathogénie desquelles on n'est pas encore fixé.

Au point de vue des suites opératoires chez le malade de Ricard, j'ai insisté sur ce fait en analysant son cas que dans les jours qui suivirent l'opération, il se produisit à deux reprises une collection liquide qu'il fallut évacuer par la ponction.

Je regrette vivement que l'examen chimiqne du liquide n'ait pas été fait et, bien que son aspect ne rappelât pas celui du liquide céphalo-rachidien, je ne peux m'empêcher de croire à un suintement de ce liquide à travers la suture.

M. Ricard, après avoir réduit le moignon séreux dans l'échancrure, a eu recours à un excellent procédé de suture en lacet, mais je pense toutefois qu'il est préférable, dans le cas de large échancrure osseuse, de recourir à un des nombreux procédés de la méthode ostéoplastique qui a donné de si bons résultats entre les mains de Mayo Robson en 1883, de Dollinger (1886) et de Sevenko (1889). J'ai eu l'occàsion de voir chez un malade de M. Bayer un excellent résultat de cette méthode qu'il applique, lui aussi, en taillant deux lambeaux ostéomusculaires qu'il suture sur la ligne médiane et qui formèrent une occlusion complète de la brèche rachidienne.

La greffe a donné, elle aussi, d'excellents résultats, car j'ai eu la bonne fortune dans ces derniers temps de voir l'heureux parti qu'avait pu en retirer mon excellent maître, M. le Dr Berger, dans des cas analogues.

On ne saurait donc dans les conditions précitées négliger cette ressource nouvolle de la thérapeutique qui, outre qu'elle permet de soustraire l'axe médullaire à l'action des chocs ultérieurs, permet encore d'éviter d'une façon plus efficace la transudation du liquide céphalo-rachidien qui peut avoir pour inconvénient principal de faciliter dans certains cas l'infection de la cavité rachidienne.

Je vous propose, Messieurs : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur pour sa belle observation; 2° de la déposer dans nos archives, la partie principale étant contenue dans le rapport; 3° d'inscrire son nom dans un rang honorable sur la liste des candidats au titro de membre de la Société de chirurgie.

Lectures.

M. Cahier (de Lyon) donne lecture d'une observation d'œsophagotomie externe pratiquée pour l'extraction d'un dentier arrêté dans l'œsophage.

(Commission : MM. Terrillon, Segond et Chauvel, rapporteur).

M. Guinard lit une observation intitulée : Ulcère simplo de la région pylorique; sténose progressive du pylore avec énorme dilatation de l'estomac; gastro-entérostomie antérieure; guérison.

(Commission : MM. Polaillon, Nélaton et Reclus, rapporteur).

Présentation de malades.

1° *Laparotomie pour une péritonite tuberculeuse.*

M. Le Dentu présente une jeune femme de 24 ans à qui il a pratiqué la laparotomie pour une péritonite tuberculeuse enkystée.

Le ventre était occupé presque en entier, sauf la région épigastrique, par une tumeur liquide ayant tous les caractères d'un kyste de l'ovaire adhérent. La malade était apyrétique et n'avait ni diarrhée, ni constipation. Les poumons étaient intacts.

L'opération fut faite le 12 novembre 1891. L'incision de la paroi abdominale donna issue à plusieurs litres (sept à huit au moins) d'un liquide séreux tenant en suspension des grumeaux fibrineux. La paroi de la poche se montra alors *parsemée* d'un nombre infini de granulations tuberculeuses dont beaucoup étaient caséeuses.

En arrière existait une sorte de tumeur convexe, de consistance mollasse, recouverte par la paroi postérieure de la poche; celle-ci fut fendue avec précaution et détachée à quelque distance en haut et sur les côtés de la masse intestinale qui était refoulée contre la colonne vertébrale. Cette masse intestinale se trouva ainsi mise à l'aise, sans qu'elle pût s'étrangler sur les bords de l'hiatus ainsi créé.

La cavité fut tamponnée à la gaze iodoformée et en même temps drainée au moyen de deux gros drains. La plaie fut suturée dans presque toute son étendue.

Les suites immédiates de l'opération furent assez bonnes, mais trois semaines après l'opération, une fistule stercorale se déclare, causée par l'ulcération de l'intestin dans un des points où existaient des granulations caséifiées. Alors commença un écoulement de matières stercorales qui exerça bientôt sur l'état général de l'opérée une influence très fâcheuse. Elle arriva rapidement à un état de cachexie très prononcée caractérisé par l'amaigrissement, l'inappétence, la pâleur extrême des téguments, l'infiltration œdémateuse des membres inférieurs et l'œdème des parois abdominales.

Peu à peu cependant elle reprit le dessus et elle put quitter l'hôpital le 5 avril 1892, cinq mois après l'intervention. Le drain avait été retiré. Il s'écoulait cependant encore par l'orifice un peu de liquide séropurulent.

Le séjour à la campagne a transformé l'état de notre malade. Aujourd'hui elle est fraîche, grasse, jouit d'un appétit excellent. C'est à peine si, de temps à autre, l'ancien orifice fistuleux s'entr'ouvre pour laisser passer deux ou trois gouttes de liquide séro-purulent qui se concrète de suite en une croûte peu épaisse.

2° *Arthrodèse tibio-tarsienne pour un pied bot varus-équin paralytique.*

M. Schwartz. J'ai l'honneur de vous présenter une jeune femme

de 26 ans á laquelle j'ai pratiqué il y a dix mois maintenant l'arthrodèse tibio-tarsienne pour 2 pieds bots varus-équin paralytiques ballants.

Elle avait déjà subi des ténotomies multiples, la pose d'appareils inamovibles et, malgré tout, quand elle est venue me trouver, elle marchait sur le bord externe du pied enroulé et se fourchent. Tous ses membres étaient paralysés et définitivement depuis l'âge de 4 ans, excepté le long extenseur propre du gros orteil.

J'ai pratiqué l'arthodèse tibio-tarsienne, c'est-à-dire la fixation des articulations après décortication de ses cartilages et résection d'une crête osseuse astragalienne qui s'opposait au redressement complet du pied. Le 3 mai 1892, l'opération a été faite par le côté externe comme pour l'extirpation de l'astragale. Elle est restée dans son appareil plâtré pendant deux mois et a commencé à marcher après ce laps de temps. Pas de sutures osseuses. Vous pouvez voir que ses articulations tarsiennes suppléent par leur mobilité à l'ankylose tibio-tarsienne et elle marche très convenablement sans le port d'aucun appareil. Son observation est rapportée tout au long dans la *Revue d'orthopédie* du 1er janvier 1893.

A 5 heures, la Société se réunit en comité secret.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 22 mars 1893.

Présidence de M. L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Walther, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire ;

3° *La Costotomie provisoire dans l'exsudat pleurétique aigu*, par M. Samfirescu (de Bucarest).

A propos du procès-verbal.

Traitement du spina-bifida

M. Monod. Je voudrais, à propos de l'intéressant rapport qui vous a été lu dans la dernière séance par M. Picqué sur une observation de M. Ricard, vous communiquer un fait de spina-bifida, que j'ai eu récemment occasion de traiter par l'excision, et vous présenter à ce sujet quelques courtes réflexions.

On m'amenait à l'hôpital Saint-Antoine, au mois de novembre dernier, un petit garçon, né depuis cinq jours, porteur d'un spina-bifida lombo-sacré.

La tumeur avait le volume et la forme d'une petite mandarine coupée transversalement en deux ; c'est dire qu'elle était sessile et qu'elle ne faisait qu'un faible relief. Sa consistance était molle ; elle donnait une sensation très nette de fluctuation. Sa membrane d'enveloppe offrait un aspect bien différent, suivant le point que l'on considérait ; à sa base courait une bande de peau, haute de 2 à 3 centimètres, ayant tous les caractères de la peau normale ; au centre, sur une surface qui eût pu être recouverte par une pièce de 2 francs, la paroi était réduite à une mince membrane, rougeâtre, en imminence de rupture.

Les cris de l'enfant ne modifiaient en rien le volume et la consistance de la tumeur ; inversement, une pression même prolongée ne permettait d'y découvrir aucun indice de réductibilité.

Aucun autre vice de conformation. Aucune faiblesse des membres inférieurs. La vessie et le rectum fonctionnaient normalement. Pas trace d'hydrocéphalie ; les fontanelles sont de dimensions ordinaires ; il n'y a pas d'écartement des sutures.

Le bon état de l'enfant d'une part, et, d'autre part, la minceur de la membrane d'enveloppe, qui me faisait craindre une rupture prochaine, me décidèrent à intervenir de suite.

Le procédé de traitement auquel je m'arrêtai fut celui de l'excision, pour les raisons que j'ai indiquées dans un rapport que je vous ai lu l'an dernier à propos d'une observation de M. Walther.

Je n'ignore pas les bons résultats obtenus par les injections irritantes dans la cure du spina-bifida, et particulièrement par l'injection iodo-glycérinée de Morton. Mais l'excision a, elle aussi, fait ses preuves ; elle permet de mieux se rendre compte de ce que l'on fait, et me paraît, comme je le disais dans le travail que je viens de rappeler, mériter la préférence toutes les fois qu'elle est applicable, c'est-à-dire toutes les fois que l'enfant semble assez résistant pour supporter l'opération, et lorsqu'il existe à la

base de la tumeur une quantité de peau suffisante pour que la réunion des parties divisées soit possible. Ces deux conditions étaient, je l'ai dit, réunies chez mon petit malade.

Je procédai à l'opération le lendemain du jour où l'enfant m'avait été amené, soit six jours après sa naissance, la conduisant suivant le plan ordinairement adopté en pareil cas. Après avoir évacué la tumeur par ponction, je fis, à la limite de la membrane d'enveloppe et de la peau qui recouvre la base de la tumeur, une incision dessinant deux lambeaux latéraux cutanés. L'enveloppe était tellement mince que presque aussitôt je pénétrai dans la cavité de la tumeur, et que je dus renoncer à disséquer à la face interne des lambeaux un feuillet représentant une sorte de sac herniaire. La cavité ouverte présente une surface interne rougeâtre lisse. Au centre de sa face profonde on aperçoit l'ouverture qui fait communiquer la poche avec le canal rachidien; cet orifice est relativement petit, il admet à peine la pulpe de l'index. Par cette ouverture sort un cordon nerveux, gros comme un porte-plume ordinaire, qui vient s'insérer sur le point culminant, au *zénith* de la poche.

Je détache ce cordon de son point d'insertion et essaye de le réduire dans le canal vertébral. Je n'y parviens pas; il se laisse en partie refouler, mais ressort aussitôt.

Après un moment d'hésitation, je me décide à le réséquer au ras de l'orifice de sortie. Au moment de la section, l'enfant, bien qu'endormi, tressaute; en même temps, de la tranche s'échappe un petit jet de sang artériel aussitôt arrêté par une pince et une ligature au catgut.

Il ne me restait plus qu'à pratiquer les sutures. Je les fis sur deux plans. Le premier au catgut perdu, rapprochait étroitement au devant de l'orifice vertébral, les deux masses musculaires voisines, préalablement avivées par ablation de leur aponévrose d'enveloppe.

La peau fut ensuite réunie au crin de Florence. Pas de drain. Pansement à l'ouate maintenue avec de la kollasine (collodion à l'acétone).

Les suites de cette opération furent des plus simples. Je constatai tout d'abord avec satisfaction que, ni immédiatement, ni les jours suivants, il n'y eut trace de paraplégie. La guérison se fit par première intention, sans aucun incident. Vingt jours après, l'enfant cessa de nous être amené; il présentait une cicatrice solide, dont la surface n'était aucunement soulevée par les cris et les efforts.

La mort est cependant survenue deux mois plus tard. Le petit malade souffrait depuis sa naissance d'un prolapsus rectal, entre-

tenu par une diarrhée persistante. Mal soigné, mal nourri, il ne tarda pas à dépérir. Sa mère nous l'apporta, me suppliant de faire quelque chose pour remédier à la chute de la muqueuse rectale. Je ne voulus d'abord rien entendre; puis, cédant aux sollicitations qui m'étaient adressées, je lui fis quelques raies de feu, et crus devoir pour cela avoir recours au chloroforme. L'enfant ne supporta pas cette seconde intervention, quelque minime qu'elle fût. Onze jours après, j'appris qu'il avait succombé.

Malgré cette issue fatale, ce fait me semble pouvoir être cependant porté à l'actif de la méthode sanglante dans le traitement du spina bifida. L'opération avait été bien supportée ; le résultat immédiat avait été excellent. Tout au plus pourrait-on dire que cette observation démontre encore une fois que l'avenir des enfants atteints de spina bifida, qu'ils soient opérés ou non, est toujours particulièrement sombre.

Je disais tout à l'heure que ce fait me paraissait prêter à quelques réflexions. Les unes ont trait à l'opération elle-même ; les autres à l'anatomie pathologique et à la pathogénie du spina bifida, et spécialement à la nature des parties nerveuses contenues dans le sac, ainsi qu'à la conduite à tenir vis-à-vis d'elles. C'est sur ces deux derniers points que je désire surtout insister.

Au sujet de l'opération, je ferai tout d'abord remarquer que, malgré le jeune âge de l'enfant, elle a été suivie d'un bon résultat immédiat. Il en a été de même dans l'observation de M. Walther, bien que l'enfant fût plus jeune encore (il fut opéré quatre heures après la naissance). Il est de règle cependant, pour quelques chirurgiens, de ne pas opérer le spina bifida chez les nouveau-nés. Il est à cette règle, on le voit, des exceptions. Lorsque l'enfant est vigoureux, lorsqu'il se nourrit bien, lorsque, d'autre part, la tumeur menace rupture, il est plus sage de ne pas différer l'intervention. Celle-ci, lorsque la tumeur est petite et l'ouverture rachidienne peu considérable, se réduit en somme à peu de chose.

J'ajoute que, dans mon cas, comme dans celui de M. Walther, la réunion non seulement a été prompte, mais immédiatement solide et complète. Nous n'avons pas observé cette filtration de liquide céphalo-rachidien qui, dans quelques faits qui nous ont été rapportés par M. Terrier, par M. Prengrueber, par M. Kirmisson, semble s'opposer à la réunion primitive. Je me demande si le bon résultat que j'ai obtenu n'est pas en partie dû au soin que j'ai apporté à obturer l'orifice vertébral, en rapprochant au-devant de lui par une suture profonde les bords des masses musculaires voisines préalablement avivés.

Incidemment, je rappelle le service que peut rendre pour le pansement de la plaie l'ouate imbibée de collodion ou d'une substance analogue, chez ces petits enfants ordinairement mal tenus, alors que l'opération a porté sur une région fatalement exposée à toutes les souillures. Le pansement au collodion est sec, solide et peut être rare.

Ce qui me reste à dire a plus d'importance.

Je rappelle que chez mon petit malade sortait, par l'ouverture rachidienne, un gros cordon nerveux qui venait s'implanter sur la paroi opposée de la poche.

Cette disposition a été depuis longtemps signalée ; elle n'est pas rare. Ce qui est moins connu, c'est la possibilité de retrancher une aussi grande portion de substance nerveuse, sans qu'il en résulte aucun trouble fonctionnel.

Je me suis décidé après un instant de réflexion à faire cette ablation. Il me parut évident, en effet, que si cette partie qui faisait issue hors du canal rachidien était physiologiquement rattachée à l'axe médullaire, il n'était guère explicable, étranglée comme elle paraissait l'être dans l'orifice de sortie, que l'enfant eût conservé l'intégrité fonctionnelle de ses membres inférieurs. Or, il n'y avait pas de paraplégie, donc les conducteurs nerveux devaient être intacts, et la substance que j'avais sous les yeux, et qui semblait se terminer dans la poche, ne devait pas présider à l'innervation des membres inférieurs. Son rôle fonctionnel était nul ; il ne devait y avoir aucun inconvénient à la supprimer.

L'événement a montré que ce raisonnement était juste.

Je savais du reste que pareil sacrifice avait déjà été fait et sans dommage pour les petits opérés.

M. Bellanger, dans l'excellente thèse qu'il a consacrée à l'étude du traitement du spina bifida (1891), rapporte que, sur 11 cas où les nerfs contenus dans le sac ont été sectionnés, il n'y eut qu'une paraplégie.

Ce résultat ne s'accorde guère avec les données fournies par les traités classiques sur l'anatomie pathologique du spina bifida. Il semble en effet admis que toujours la moelle ou les nerfs qui pénètrent dans le sac poursuivent leur trajet et rentrent dans le canal vertébral, pour se distribuer aux parties auxquelles ils sont destinés. M. Bellanger rappelle cependant qu'en 1876, ici même, notre collègue M. Polaillon, à propos d'un fait du docteur Mouchet, rapporté par M. Périer, s'appuyant sur le mémoire de Braun, soutenait que lorsque les nerfs contenus dans un spina bifida ont une certaine importance, les malades sont presque toujours atteints de vices de conformation plus ou moins considérables des membres inférieurs. Si au contraire le malade est bien

conformé, on est autorisé à croire que les nerfs ne vont pas au delà de la tumeur, et qu'en pareil cas il n'y a pas d'inconvénient à les détruire.

En 1878, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, le docteur Laffitte (de Coutras) présentait l'observation d'un malade chez lequel, au cours d'une opération de spina bifida, il avait sectionné un gros cordon nerveux qui sortait par le trou rachidien, et cela sans aucun phénomène de paralysie. Il en concluait qu'il faut bien admettre que le fragment sectionné ne représentait pas toute la moelle, qu'une autre division plus importante, innervant les régions sous-jacentes, avait dû rester dans le canal vertébral. « L'esprit et la raison se refusent à admettre que le mouvement et la sensibilité puissent subsister au-dessous d'un point où la moelle aurait été complètement sectionnée ».

Nous devons à M. Bellanger la connaissance d'une autopsie, qui donne la solution du problème, solution conforme à celle que M. Lafitte avait entrevue.

Dans cette autopsie, faite par MM. Civel et Matton, on put constater que la moelle sortie du canal rachidien venait se terminer dans le sac du spina bifida ; mais en découvrant les nerfs sciatiques à la cuisse et en les poursuivant jusqu'à leur origine, on vit que ces nerfs naissaient, non du fragment médullaire contenu dans le sac, mais de la portion de moelle située au-dessus de l'orifice anomal du canal vertébral. Les branches originaires du sciatique étaient donc complètement indépendantes de la hernie de la moelle ; elles suivaient leur trajet habituel, couchées profondément sur le plancher du canal vertébral. Il aurait été par conséquent possible de réséquer les parties médullaires herniées sans nuire au malade.

Deux autres autopsies, rapportées l'une par Depaul, l'autre par M. Giraudeau, parlent dans le même sens.

Dans le fait que j'ai observé, bien que l'autopsie du petit malade n'ait pu être pratiquée, certaines constatations anatomiques viennent indirectement à l'appui de la même thèse.

L'examen du tronçon nerveux réséqué au cours de mon opération a été fait avec grand soin par M. le Dr Macaigne, qui veut bien diriger les travaux de mon laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine. Je ne puis reproduire ici les détails de cet examen. Je me contente de dire qu'il en résulte ce fait intéressant que si le fragment excisé rappelait assez exactement la *structure* de la moelle, il n'en avait pas cependant la *texture;* en d'autres termes, que l'on y retrouvait les éléments essentiels du tissu médullaire, mais que ceux-ci n'étaient pas disposés comme dans une moelle normale —

et par conséquent que ce tronçon ne pouvait être considéré comme une simple moelle herniée.

Il est donc permis de se demander si, dans ce cas, comme dans certaines encéphalocèles bien étudiées récemment par M. Berger (*Revue de chirurgie*, 1890), il ne s'agirait pas ici d'une hypertrophie localisée de la moelle dont l'origine remonterait à la vie embryonnaire, simulant une hernie de la moelle, tandis qu'en réalité l'axe médullaire conserve, au moins au point de vue physiologique, sa continuité. L'absence de paraplégie avant l'opération, et surtout après la résection de ce cordon nerveux, donne, nous semble-t-il, un certain poids à cette hypothèse.

Je ne fais qu'indiquer en passant cette manière de voir, qui, si elle se vérifie, conduirait aussi à envisager sous un point de vue nouveau la pathogénie du spina bifida. Je me réserve de la discuter plus amplement dans un travail ultérieur.

Et je termine en tirant de la discussion qui précède une conclusion pratique.

Il est certain que la disposition que j'ai rencontrée ou des dispositions analogues ne sont pas constantes. Il est des cas où il n'est pas douteux que les parties nerveuses contenues dans le sac d'un spina-bifida ne font, suivant la description classique, que traverser la poche pour rentrer dans le canal vertébral, et qu'il est alors essentiel de les respecter. Mais ne voit-on pas dès lors l'avantage d'un procédé opératoire, qui, pour le redire une fois encore, permet seul de voir ce que l'on fait? C'est là que réside la réelle supériorité de la méthode sanglante dans la cure du spina-bifida, d'autant qu'il semble établi que, bien conduite, l'opération n'expose pas par elle-même l'enfant à de sérieux dangers.

M. Berger. Sans doute les opérations sanglantes appliquées à la cure du spina bifida, donnent des résultats meilleurs qu'autrefois. Toutefois ces résultats sont loin d'être encore brillants. Dans un fait que j'ai publié antérieurement, j'ai pratiqué une large résection des enveloppes de la tumeur, puis la réunion des parties profondes, en interposant au-devant de la fissure vertébrale une greffe osseuse empruntée à l'omoplate d'un lapin. Cette greffe a été très bien tolérée, et l'enfant a survécu, bien qu'il fût paraplégique, mais il a succombé un an plus tard, à une bronchite. Ces enfants sont en effet peu viables, et souvent ils succombent à des causes diverses, en dépit de l'opération. D'ailleurs, l'opération en elle-même est loin d'être complètement innocente. J'ai opéré récemment un enfant de 3 à 4 mois, qui a succombé rapidement au choc opératoire. Quant à la constitution du tissu nerveux contenu dans le spina bifida, je ne saurais dire si l'hypothèse défendue par

moi à propos de l'encéphalocèle est applicable également au spina bifida.

M. Marc Sée. J'ai demandé la parole à propos d'une assertion émise par M. Picqué dans son rapport. Se basant sur le dire de M. Franck, M. Picqué admet que la communication serait assez difficile entre le liquide céphalo-rachidien contenu dans le crâne et celui que renferme le canal vertébral. D'après cela, les accidents de compression seraient dus plutôt au refoulement du sang veineux, qu'au passage du liquide céphalo-rachidien d'une cavité dans l'autre. Je ne saurais admettre cette manière de voir, car, dans les expériences assez nombreuses que j'ai pratiquées, expériences consistant à injecter un liquide coloré dans la partie inférieure du canal vertébral, j'ai toujours vu le liquide arriver très facilement dans la cavité cranienne. Ce déplacement brusque du liquide céphalo-rachidien me paraît rendre parfaitement compte des phénomènes de compression.

M. Félizet. — A l'occasion du rapport qui vous a été fait de l'heureuse opération d'un spina bifida, et dans la discussion qui a suivi, on n'a pas assez tenu compte, à mon avis, d'un facteur auquel il convient d'attacher la plus grande importance, je veux parler de l'âge de la malade dont il était question.

L'opérée de M. Ricard était une belle et forte fille de 22 ans. Or nous devons savoir que plus le sujet s'éloigne de l'époque de la naissance, plus les conditions opératoires sont favorables. Un nouveau-né atteint de spina bifida est, d'une manière générale, un être en grand danger.

Les relevés de Clément (de Nancy), de Demme et de Bellangér, nous apprennent qu'à la fin de la première année, la mort a déjà frappé les enfants atteints de cette malformation, dans la proportion de 80 0/0.

Les 20 0/0 qui survivent sont déjà des êtres qui ont fait la preuve, soit de lésions anatomiques plus compatibles avec la vie, soit d'une résistance exceptionnelle.

Mais cette faucherie de 80 0/0 n'est encore que le premier degré d'une sélection dont le travail d'élimination se continue avec le temps, de telle sorte que, sur ces vingt spina bifida qui ont résisté à la mort pendant la première année, plus de la moitié est emportée avant que la cinquième année ait commencé.

A l'âge de 5 ans, nous avons donc cinq survivants sur cent et la petite colonne doit s'éclaircir encore, puisqu'on compte dans la sixième les rares adultes atteints de spina bifida. Sur ceux-là, l'opération se présente avec des chances de succès que ne nous

offrent pas les premières années de la vie, et les raisons en sont multiples.

J'ai déjà parlé de la force de résistance dont les survivants avaient fait preuve. Mais il y a d'autres raisons :

Et d'abord, le rapport entre la capacité de la poche et la cavité céphalo-rachidienne n'est plus la même.

La poche est restée à peu près stationnaire, la cavité qui loge les centres nerveux s'est accrue et les conséquences de la réduction des parties et du refoulement du liquide ne sont plus du tout les mêmes.

D'un autre côté, la moelle qui s'est formée si rapidement, cesse de s'accroître, on le sait, tandis que le rachis continue à se développer.

Or, par le fait du développement du rachis, la moelle s'élève, et s'élevant s'éloigne, et l'éloignement se désintéresse pour ainsi dire de la lésion du spina bifida.

En même temps que le spina bifida se trouve ainsi de plus en plus séparé de la moelle, les arcs vertébraux, si écartés au début, sont souvent le siège d'un travail imparfait, mais réel, à la suite duquel la base se retrécit, et le spina bifida tend à l'isoler de plus en plus des connexions profondes. Quant à la tumeur elle-même, elle s'est modifiée. Soit par le fait d'un travail spécial opéré par le temps, soit en vertu d'une disposition primordiale, dans laquelle on pourrait trouver la raison de son innocuité, le spina bifida présente parfois une disposition qui ne ressemble plus guère à celle de la grande poche communiquant des premiers mois de la vie, on trouve des segmentations, des cloisonnements, des loges. Et c'est précisément le cas de la jeune fille opérée par M. Ricard, on est, en réalité, en présence d'une sorte de maladie kystique du rachis, dont l'attaque paraît exempte des dangers que nous avons le sentiment d'affronter, dans les opérations que nous pratiquons chez les tout petits.

En fait, plus le temps s'écoule, et plus le danger des complications encéphaliques décroît : et c'est à leur col qu'est le point noir ; le succès opératoire, avec de la précision et de l'antisepsie, est assez facile. Tout l'aléa de l'intervention porte sur le succès curatif.

J'ai opéré, pour ma part, six enfants atteints de spina bifida ; sur ces six, un qui portait sa tumeur au dos, a bien guéri et il vit dans les meilleures conditions de force et de santé. Les cinq autres (régions lombaire et lombo-sacrée), m'ont donné de bon succès opératoire, mais entre le cinquième et le douzième mois qui a suivi l'opération, j'ai vu survenir une complication, l'hydrocéphalie, qui les a tous fait périr. Telle fut aussi la destinée des petits opérés de

de M. Picqué, de M. Pesser et d'autres que je ne suis pas autorisé à citer ici.

En vous soumettant ces faits, je ne veux certes pas diminuer le mérite de l'heureuse opération de M. Ricard, mais j'avais le devoir de déclarer qu'il serait illogique et dangereux de conclure d'un succès obtenu sur un adulte, à la certitude ou bien à la probabilité de succès analogues dans les premiers âges de la vie, car les conditions sont absolument différentes.

M. Picqué. Je tiens à faire observer à M. Marc Sée que M. Franck ne nie pas l'existence d'une communication facile entre les cavités cranienne et rachidienne; mais, au lieu d'expliquer les phénomènes de compression par les oscillations du liquide céphalo-rachidien, il les attribue à l'évacuation des sinus veineux.

Rapport.

Sur un cas de tétanos traumatique, par le Dr Ferraton, médecin-major, répétiteur à l'Ecole de santé militaire de Lyon.

Rapport par M. Chauvel.

Malgré les travaux si connus de notre collègue Larger (de Maisons-Laffite) et de M. le professeur Verneuil, notre maître, sur l'étiologie du tétanos, malgré la découverte par Nicolaier d'un bacille spécifique, malgré les recherches expérimentales poursuivies à la fois en Allemagne, en Italie, en France, recherches que nos compatriotes et amis Roux et Vaillard continuent avec une louable persévérance; malgré toutes ces études et peut-être même à cause d'elles, l'attention des chirurgiens ne cesse pas d'être fixée sur cette redoutable affection. Tout dernièrement notre collègue Berger, devant l'Académie de médecine, s'est fait le défenseur de l'intervention chirurgicale active, du retranchement des parties blessées, comme moyen de lutter contre la production incessante du poison tétanique dans le foyer de la blessure, contre la dissémination de ce poison dans l'organisme.

Un de nos jeunes et distingués camarades, M. le médecin-major Ferraton, m'ayant adressé une observation de tétanos suivie de guérison après amputation de la partie lésée, j'ai pensé qu'il n'était pas sans intérêt de porter la question devant la Société de chirurgie, et je viens vous exposer et le fait et les réflexions qu'il a inspirées à l'observateur.

Cours Gambetta, n° 133, à Lyon, existe une écurie où séjournent habituellement deux chevaux ; depuis cinq ans tout au moins aucun cas de tétanos n'y a été signalé. A côté de cette écurie et communiquant avec elle, se trouve une remise que traversent forcément les chevaux pour sortir et dont le sol, formé de terre battue, peut être imprégné par leurs déjections. Une échelle fait communiquer cette remise avec un grenier à fourrage placé au-dessus.

Le 28 octobre 1892 au soir, le nommé J. J..., cultivateur, depuis un an au 14e escadron du train des équipages, monté sur l'échelle pour rentrer du fourrage dans ce grenier, tombe d'une hauteur de $1^m,50$ sur le sol de la remise. La main droite portée en avant pour amortir le choc est renversée en extension forcée et il se produit : une luxation simple en arrière de la phalangette de l'annulaire sur la phalangine; une luxation compliquée de plaie de la phalangette du médius sur sa deuxième phalange avec issue de la tête de cette dernière. Cette plaie est souillée de terre.

Sans faire de lavage, un pharmacien applique sur le doigt une bande de toile et immobilise la main avec une attelle palmaire. Le lendemain matin, le médecin-major de l'escadron réduit les os luxés, fait un pansement et dirige le blessé sur l'hôpital Desgenettes. M. Ferraton constate au niveau de la jointure phalangino-phalangettienne du médius droit, sur la face dorsale, une plaie transversale, déchiquetée, contuse, occupant toute sa largeur; du pus sourd de l'article en fléchissant la phalangette. On désinfecte avec soin par de multiples lavages à la liqueur de Van-Swieten cette plaie anfractueuse. Pansement antiseptique humide et par jour trois bains d'une demi-heure dans une solution très chaude de sublimé à un millième. Attelle palmaire.

Pendant quelques jours, fièvre légère. Le quatrième jour la suppuration cesse, la cicatrisation commence. Le cinquième jour (2 novembre) suppression des bains antiseptiques, pansements rares.

Le 10 novembre au soir (douzième jour), commencement de trismus; le malade ne s'en plaint que le 12 novembre à la visite du matin. On constate alors les symptômes tétaniques les plus manifestes (trismus, rire sardonique, opistothonos). Pouls 120; T. 38°,5.

Le pansement enlevé, on constate que la blessure est, en apparence, complètement cicatrisée; il n'y a aucun gonflement, aucune douleur de la main ni des doigts. L'ablation immédiate du doigt est décidée et pratiquée par le procédé en raquette avec résection de la tête du métacarpien. Réunion totale sans drainage, pansement à la gaze iodoformée, compression ouatée de la main et de l'avant-bras.

Après l'opération le malade est isolé dans une chambre séparée, bien chauffée, laissé dans l'obscurité et dans un silence absolu, complètement enveloppé d'ouate. Potion avec 10 grammes de chloral, 3 injections de morphine de 1 centigramme chaque.

Pendant cinq jours (13 au 17 novembre) amélioration légère malgré la persistance de la dysphagie nécessitant l'usage d'aliments liquides. Sueurs profuses, constipation opiniâtre. Epistaxis les trois derniers jours. Le pouls est à 100, la température oscille autour de 38°.

Le 18 novembre, le malade ayant reçu une visite, aggravation de l'état général, nouvelle épistaxis, 39°,5. Les jours suivants, agitation violente, chutes sur le sol, augmentation du trismus et des contractures, nouvelles épistaxis très abondantes. Cependant sa plaie opératoire est complètement réunie. Purgations énergiques. Diminution du chloral et de la morphine.

Du 23 au 31 novembre, la température oscille entre 37 et 38°. Les contractures préexistantes augmentent, pour la première fois se produisent quelques crises spasmodiques, très atténuées, il est vrai. On reprend le traitement aux doses primitives: chloral, 10 grammes; morphine, 3 centigrammes. Sous son influence, l'amélioration se montre et s'accentue chaque jour. Le 2 décembre, la déglutition est devenue facile; le 12, J... se lève; le 14, on supprime le chloral et la morphine déjà diminués, et le 24, la guérison est complète. En somme l'affection a duré quarante-cinq jours environ.

Cette observation, en raison de l'emploi combiné et prolongé du chloral et de la morphine à doses élevées, rentre dans les faits déjà nombreux de tétanos chronique guéri par la méthode sédative. A ce titre seul il méritait d'être publié. Mais il est rendu plus intéressant par les recherches expérimentales auxquelles se sont livrés nos collègues de l'Ecole de Lyon.

Expériences avec la terre de la remise. — M. le Dr Lemoine, répétiteur de médecine, a fait des inoculations avec la terre recueillie dans la remise à l'endroit même où le blessé était tombé. Chez deux cobayes il s'est produit au bout de quarante-huit heures, des contractions tétaniques dans la cuisse traumatisée et inoculée, puis les animaux ont succombé le quatrième jour à un tétanos généralisé.

L'examen de la sérosité recueillie au niveau de la plaie a montré les longs bacilles de Nicolaïer associés à des streptocoques et à des staphylocoques. Dans le sang aucun microbe.

Expériences avec les urines du tétanique. — Dans le but de contrôler les recherches à résultats contradictoires de Bruschettini, et de Camara Pestana, M. Lemoine injecta à deux cobayes, le 15 et le 16 novembre, 4 centimètres cubes de l'urine du malade tétanique; les animaux n'en furent pas éprouvés.

Les 25, 26, 27 et 28 novembre, au moment de l'exaspération des phénomènes tétaniques, quatre cobayes reçurent dans le tissu sous-cutané 4 centimètres cubes de l'urine du blessé. Trois furent un peu malades pendant deux jours, le quatrième n'eut absolument rien. Inoculés quinze jours plus tard avec du bouillon chargé de toxines tétaniques, les mêmes animaux succombèrent rapidement au tétanos.

M. Lemoine pense que ce résultat négatif ne démontre pas de

façon certaine l'innocuité des urines tétaniques et la non-élimination du poison par les reins. Il s'agissait en effet d'une forme atténuée du tétanos et d'un malade ayant ingéré des doses fortes et prolongées de chloral. De plus, les sueurs profuses produites par l'enveloppement ouaté avaient éliminé sans doute une partie des toxines.

Examen du doigt amputé et expériences. — L'examen du doigt amputé montre que, malgré l'apparence extérieure, les bords de la plaie ne sont pas complètement soudés. Dans la cavité articulaire, M. le médecin-major Manquat trouva, dans une sérosité louche, puriforme, un tout petit gravier, venu évidemment du sol de la remise au moment de l'accident. Ensemencé dans des tubes de bouillon et de gélatine, à l'abri de l'air, le liquide intra-articulaire donne des cultures contenant avec les bacilles de Nicolaier de multiples streptocoques. Inoculé avec ces cultures un cobaye meurt en quatre jours de tétanos suraigu. De même, l'inoculation directe du liquide intra-articulaire tue un cobaye en dix jours avec des symptômes tétaniformes. Enfin une particule de tissu cellulaire prise sur cet animal au point d'inoculation donne des cultures du bacille de Nicolaier.

Réflexions. — M. le Dr Ferraton fait suivre son observation de réflexions très judicieuses. L'origine du tétanos ne laisse pas de doutes, sa provenance est incontestablement tellurique et équine; La suppuration de la plaie et l'occlusion de la jointure ont favorisé le développement du bacille et réalisé les conditions les plus favorables à sa multiplication : absence d'oxygène, présence de microbes pyogènes.

De la marche des symptômes on est en droit de conclure qu'il s'agissait d'une forme chronique, d'une forme guérissable, et même les quelques exacerbations constatées après la visite d'un parent, après deux chutes du lit, même les multiples épistaxis, n'ont pas amené un état assez grave pour inspirer des craintes prochaines.

Reste enfin la question du traitement. Notre collègue, et nous l'approuvons complètement, a suivi ponctuellement les prescriptions édictées par M. le professeur Verneuil : isolement, obscurité, silence, chaleur, enveloppement ouaté, chloral et morphine à hautes doses. Il ne s'est servi, ni du trichlorure d'iode, ni des injections de sérum antitétanique par l'excellente raison qu'il n'en n'avait pas à sa disposition. Mais il a pratiqué l'amputation du doigt sitôt que les premiers symptômes du tétanos ont été évidents ; et cette amputation, il s'efforce de nous démontrer qu'elle était utile, qu'elle était indiquée, qu'elle a contribué à la guérison du blessé.

On objecte à l'amputation qu'elle est inutile puisque les tétanos chroniques guérissent sans elle et qu'elle n'arrête pas la marche fatale des tétanos aigus. On ajoute qu'elle est dangereuse par l'excitation des centres nerveux qu'elle occasionne, par les crises qu'amène parfois la chloroformisation, par les accidents septiques qui peuvent la suivre.

Il est vrai que la septicémie n'est guère à craindre désormais, que les spasmes chloroformiques sont exceptionnels, que l'anesthésie empêche l'excitation des centres nerveux. D'un autre côté, le tétanos aigu n'est pas seul à se terminer par la mort, et les cas à marche lente sont loin de guérir tous et plus encore de guérir sans un traitement convenable. Et combien souvent des accidents aigus ne viennent-ils pas compliquer une affection bénigne en apparence? En somme, l'amputation n'eût-elle sauvé que quelques malades, on n'aurait pas le droit, dit M. Ferraton, de la rejeter sans discussion.

De plus, l'ablation totale de la partie malade, s'appuie sur des données expérimentales, qu'une observation sévère doit actuellement infirmer ou confirmer. D'après les recherches de nos camarades Vaillard et Vincent, le bacille anaérobie de Nicolaïer, introduit seul au sein des tissus animaux, y végète, y meurt, sans produire le tétanos. Il faut la présence simultanée des microbes pyogènes pour qu'il se multiplie dans la plaie d'inoculation. Encore reste-t-il cantonné dans ce foyer ou dans son voisinage sans se répandre dans l'organisme, mais les toxines qu'il sécrète, pénétrant dans le sang ou se diffusant le long des cordons nerveux, vont agir sur la moelle, sur le bulbe et produisent des phénomènes tétaniques.

Il y a donc intérêt à enlever le plus rapidement possible cette fabrique de poison. Et quel moyen plus sûr que de retrancher par l'amputation, non seulement le foyer morbide, mais encore les parties immédiatement contiguës où le bacille peut avoir pénétré. Cependant notre jeune collègue pense qu'on ne saurait ici poser de loi absolue et les indications du traitement local du tétanos peuvent, dit-il, être résumées comme suit : Désinfection aussi rapide et aussi complète que possible de toutes les plaies souillées, surtout des plaies articulaires. S'il y a des raisons particulières de craindre le tétanos, débrider les foyers infectieux, laisser les plaies ouvertes, surveiller le blessé.

Le tétanos s'est-il déclaré ; intervenir immédiatement. S'il s'agit d'une lésion de doigt, d'orteil, amputer et amputer largement. Si l'on a affaire à une blessure de la racine d'un membre, désinfecter la plaie, enlever les parties lésées si la chose est possible, sinon débrider largement pour assurer l'accès de l'air. N'amputer en

somme que si de graves désordres nécessitent par eux-mêmes le sacrifice du membre. Pour les lésions de la tête, du cou, du tronc, la conduite sera la même.

Restent les blessures de la main, de l'avant-bras, du pied, de la jambe. La gravité de la mutilation est moindre et l'hésitation permise. Ce sera, dit M. Ferraton, question de *tact chirurgical*. Conclure ainsi n'est pas se compromettre. Toutefois notre confrère ne cache pas sa prédilection pour l'intervention radicale, même quand il s'agit du bras et de la cuisse.

Si les phénomènes sont aigus, certes l'amputation sera presque toujours inefficace, mais n'est-elle pas l'unique chance de salut. La marche de l'affection est-elle lente, l'amputation vient en aide aux efforts de la nature en supprimant le foyer d'où sort le poison, la plaie où il s'élabore ; elle permet à l'organisme déjà intoxiqué de prendre le dessus, d'éliminer les toxines tétaniques, elle assure la guérison qui n'était qu'incertaine.

En somme, tout en faisant quelques réserves, M. Ferraton est persuadé qu'il doit le succès à l'amputation du doigt de son blessé, et cette méthode radicale est pour lui un complément obligé de la thérapeutique symptomatique rationnelle.

Nous pensons comme notre collègue que les recherches expérimentales éclairent l'observation et que la clinique doit s'appuyer, aussi bien dans les questions de thérapeutique que dans celles de pathogénie, sur les travaux du laboratoire. A cet égard, et bien que l'amputation, l'extirpation radicale des foyers d'inoculation n'aient pas donné aux expérimentateurs de résultats favorables, nous ne croyons pas qu'il faille, dans la pratique, les repousser de parti pris. Mais, si nous les admettons quand l'opération n'entraîne pas par elle-même de graves dangers, quand elle ne doit pas laisser une mutilation sérieuse, nous demandons avant d'y recourir ailleurs qu'aux doigts, aux orteils, que leurs avantages nous soient plus complètement démontrés. Et le fait que nous venons d'analyser ne nous paraît pas de ceux qui peuvent entraîner la conviction, car l'amputation n'a pas eu sur les phénomènes morbides, une action manifeste.

Elle est, en effet, pratiquée dès l'apparition des premiers signes du tétanos. Pendant quelques jours on peut croire à son influence favorable, bien que la convalescence ne s'établisse pas franchement. Mais qu'arrive une surexcitation nerveuse, une simple visite d'un parent, et tout aussitôt les accidents reparaissent, s'aggravent. Bien plus, c'est alors seulement que se produisent des crises convulsives ; et cependant le foyer de production des toxines est depuis longtemps supprimé.

Moins entraîné que M. Ferraton à défendre l'amputation, nous

remarquons que cette aggravation des symptômes coïncide avec la diminution des doses de chloral et de morphine; nous notons qu'elle disparaît quand on revient aux fortes quantités d'hypnotiques, de calmants. Et plus volontiers qu'à l'intervention opératoire, nous sommes portés à attribuer à la médication chloralomorphinée le succès obtenu par notre distingué collègue.

Nous vous proposons, messieurs, de remercier M. Ferraton de son intéressant travail et de le déposer honorablement dans nos Archives.

Communication.

Etiologie du tétanos.

Par M. R. Larger.

Avant de discuter les observations dont M. Verneuil a fait l'objet de son rapport, je désire m'arrêter un instant sur un point de l'histoire nouvelle du tétanos qu'il m'importe d'élucider.

La question de l'étiologie du tétanos a, vous le savez, après un sommeil démesurément prolongé, subi, dans ces dernières années seulement, un brusque réveil. Le temps perdu a été, depuis lors, largement regagné, et les travaux, sur le sujet, ont été tellement nombreux et importants, qu'il est arrivé, par un phénomène à peu près invariable, que les ouvriers de la première heure se sont trouvés quelque peu... submergés.

Me trouvant au nombre de ces derniers, j'ai pensé que le moment était venu de tenter, en ce qui me concerne, une opération de sauvetage que l'oubli complet des uns et l'interprétation erronée des autres ont rendue tout à fait indispensable.

Je prie la Société de m'excuser si j'interromps ainsi le cours do ses discussions, mais il m'a semblé que ma démarche était tout à la fois un acte de logique en ce qui me touche, de déférence et de gratitude vis-à-vis de la Société de chirurgie, laquelle a bien voulu accueillir avec indulgence mon premier mémoire sur le tétanos, le 28 octobre 1885.

Quel était à ce moment l'état de nos connaissances sur la vraie nature du tétanos ?

Aux vagues pressentiments, aux hypothèses sans preuves de certains chirurgiens de différents pays, les expériences tout à fait négatives d'Arloing et Tripier, de Nocard, en France, semblaient donner un démenti. En Allemagne, il est vrai, avait paru, quelques mois auparavant, le mémoire de Nicolaïer, mais personne alors n'admettait que cet expérimentateur eût produit le vrai téta-

nos. La signification réelle du bacille de Nicolaïer ne fut démontrée que plus tard, dans le laboratoire du professeur Fluëge.

L'Ecole bactériologique française notamment pensait que Nicolaïer, de même que Carle et Rattone, qui publièrent le résultat de leurs inoculations vers la même époque, n'avaient déterminé qu'une variété de septicémie convulsive, telle que Charrin l'avait décrite.

Et cela est tellement vrai, que pareille interprétation me fut opposée à moi-même, plusieurs mois après la publication de mon mémoire, voici dans quelles circonstances :

J'avais inoculé le produit du raclage d'un *clou de rue* que j'avais retiré du sabot d'un cheval mort du tétanos, et déterminé ainsi des phénomènes tétaniques tels que opisthotonos, etc... Mon excellent ami, le professeur Strauss, alors médecin à l'hôpital Tenon, où je lui portai un lapin mort dans ces conditions, se refusa absolument à admettre que l'animal eût succombé à autre chose qu'à une septicémie convulsive. Depuis lors, mieux éclairé, il a reconnu que j'avais réellement inoculé le *tétanos vrai*.

Au surplus, rien ne peut donner une idée plus exacte de l'état de la question que l'entrée en matière de ma communication, dont voici la première phrase (*Bull. Soc. Chir.*, t. XI, 1885. p. 705) :

« Dans l'article *Tétanos*, du Dictionnaire de Jaccoud, notre éminent collègue, M. Poncet, s'exprime ainsi :

« Il n'existe peut-être pas d'affection qui démontre mieux que « le tétanos la faiblesse et l'impuissance des recherches dans toutes « les parties de l'art de guérir. »

Et j'ajoutais, sans rencontrer la moindre protestation, ceci :

« Cette assertion ne sera certainement contredite par aucun « membre de cette Société, où, tout en constatant les importants « résultats thérapeutiques obtenus par M. Verneuil, etc... »

Et à quel moment cet aveu d'impuissance était-il ainsi enregistré ?

Au lendemain même de la longue discussion sur le tétanos qui venait d'avoir lieu dans le sein de la Société, discussion dans le cours de laquelle on ne relève la moindre allusion à la possibilité de la nature infectieuse du tétanos, et cela malgré les très intéressantes remarques que notre collègue, M. Th. Anger, avait faites antérieurement à ce sujet.

Je ne reviendrai pas sur les faits cliniques relatés dans mon mémoire.

Bien que notre regretté maître et collègue, le professeur Trélat, leur eut préféré « le moindre grain de mil » bactériologique — objection bien faite pour surprendre, de la part d'un clinicien brillant tel que Trélat, si ce n'était une boutade de plus à son actif ! — ces faits purement cliniques, je le répète, m'ont permis néan-

moins de tirer des conclusions fermes de leur observation rigoureuse, et, de déduire de leur seule interprétation, en dehors de — je pourrais même dire : malgré la bactériologie — les *lois de l'étiologie du tétanos.*

Ces lois ont été pour la première fois nettement formulées dans les conclusions que voici (je cite textuellement, même vol., p. 712) : « Conclusions ». Ainsi les faits qui précèdent nous sollicitent à admettre :

« 1° *Que le tétanos est une affection épidémique.*

« *Que le tétanos peut devenir endémique en toute saison, dans un village ou même dans une écurie ou une cour de ferme... ce qui nous fait incliner vers l'opinion que l'agent de production du tétanos réside dans le* SOL, *où il trouve les conditions de son développement et de sa reproduction...*

« 3° *Que le tétanos est* CONTAGIEUX. »

Ces conclusions sont, je crois, devenues aujourd'hui tout à fait inattaquables et assurent incontestablement mes droits de priorité.

Dans le cours de mon travail, je montrais que le tétanos humain et le tétanos équin, se développant dans les mêmes conditions, étaient de même nature, et pouvaient se contagionner l'un par l'autre. Je n'ai jamais été au delà, quoi qu'on ait pu dire ou penser.

La « théorie équine du tétanos » suscitée, il est vrai, ainsi qu'a bien voulu le dire mon excellent maître et ami, M. le professeur Verneuil, par des faits observés par moi, mais autrement interprétés, appartient exclusivement à mon éminent collègue.

Non seulement je suis étranger à la conception de cette théorie, mais j'ai le regret encore de ne pouvoir pas me ranger au nombre de ses partisans, et voici pourquoi :

J'admets, ainsi qu'on l'a vu tout à l'heure, que le cheval malade du tétanos, soit un agent de contagion, de même que tout autre animal, atteint de cette maladie, peut le devenir. Mais dire que le cheval sain produit le tétanos, que le cheval est tétanifère ou tétanigène, en un mot, en tant que cheval, cela ne me paraît pas plus admissible que pour tout autre animal.

On trouve peut-être plus souvent le cheval comme agent de la contagion, par ce fait que le cheval est un des animaux dont la réceptivité pour le tétanos est des plus grandes, d'une part, et d'autre part, dont le contact avec l'homme est journalier. Mais il n'est pas le seul. Le mouton — et M. Nocard m'a confirmé le fait — le mouton, dis-je, a pour le tétanos non moins de réceptivité que le cheval. En dirigeant une enquête dans ce sens, il est bien probable qu'on trouverait des raisons aussi plausibles pour défendre l'origine *ovine* que l'origine *équine* du tétanos.

En réalité le tétanos n'a pas plus une origine équine qu'ovine..., mais bien une origine *tellurique*.

Ce qui le prouve, ainsi que je l'ai démontré dans mon mémoire, c'est l'épidémie localisée de Carrières-sous-Poissy, etc., etc; c'est encore la distribution géographique du tétanos à la surface du globe, tout à fait indépendante des races, des climats et des saisons, tout à fait indépendante aussi — on peut l'ajouter aujourd'hui — de la présence ou de l'absence des chevaux. (Le Dentec, *Archiv. de Méd. Nav.*, n° 1, 1893).

Là où le bacille du tétanos existe, il est partout, comme le vibrion septique : non seulement dans le sol, mais encore sur tous les objets placés à sa surface, tels que toiles d'araignées, etc., déjections d'animaux et autres.

Si on ne le trouve que dans la terre *cultivée* et non dans la terre de *bruyères*, cela ne prouve nullement que le fumier de cheval seul l'y ait introduit.

Les nitrobactéries ne se développent pas non plus dans la terre de bruyères et ne se montrent dans la terre cultivée que sous l'influence des bases alcalines, telles que la chanx principalement, introduites soit en nature, soit par un fumier quelconque, de cheval ou autre.

Rolativement au cas particulier rapporté par M. le professeur Verneuil dans la dernière séance, il nous dit : « La terre a été inoculée et los animaux sont morts de septicémie et non de tétanos, donc ce n'est pas la terre qui a été l'agent du contage. » Mais M. Verneuil a répondu lui-même en nous apprenant que la mort par septicémie s'est montrée au bout de vingt-quatre heures, c'est-à-dire, avant l'évolution probable du tétanos ! Cette expérience négative ne prouve donc rien.

M. Verneuil pense que la femme, dont il a parlé, a gagné le tétanos par la fréquentation des cochers.

Qu'il me permette de lui objecter qu'à Paris, des milliers et des milliers de cochers fréquentent les femmes, et, s'ils leur communiquent parfois... quelque chose, je ne sache pas que ce soit précisément le tétanos !

A Paris encore, nous voyons des milliers de chevaux vivant en promiscuité avec des milliers de palefreniers qui eux-mêmes, ont des milliers de femmes et d'enfants.

Toujours à Paris, des milliers de gens se blessent en tombant sur le sol des écuries, des cours, des rues, des boulevards, constamment revêtu de crottin de cheval. Ce même crottin est soulevé par le vent et se trouve ainsi disséminé un peu partout sous forme de poussière, de telle sorte qu'on peut dire que l'air de la capitale en est sans cesse imprégné, souillé plus ou moins.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 43.5.93. *Le gérant* : G. Masson.

Et cependant le tétanos est extrêmement rare à Paris !

La même remarque est à faire pour l'armée où, quoi qu'on ait prétendu, le tétanos n'est pas plus fréquent dans la cavalerie que dans l'infanterie, car si l'on a pu trouver une proportion un peu plus forte de cas de tétanos pour la première arme que pour la seconde, on n'a pas tenu compte de ce fait capital, à savoir que les blessures par accidents, surtout par chutes, morsures et coups de pied de cheval, sont infiniment plus fréquentes dans la cavalerie que dans l'infanterie; de telle sorte que l'argument, s'il ne se retourne pas, porte tout au moins à faux! Au surplus, sur les 66 observations de morsures de cheval recueillies par Gilette, le tétanos n'a été noté que trois fois ! (*Bull. Soc. chir.*, t. II., p. 428; 1876).

Discussion.

M. Terrier. Messieurs, si je prends la parole, c'est pour appuyer la communication fort intéressante et fort exacte selon moi de notre collègue M. Larger. Personnellement, j'ai passé quatre années à l'école d'Alfort, et j'ai été en contact constant avec les chevaux. Or, j'ai observé que mes camarades et les palefreniers, qui tous soignaient les chevaux, avaient de nombreuses écorchures aux mains, sans qu'il en résultât la moindre inoculation amenant le tétanos. Les écorchures aux mains en petites places, résultaient pour la plupart de brûlures produites par l'oxyde de fer de Batteleux, les élèves étant alors obligés de forger des fers et étant fatalement exposés à ces brûlures parfois profondes, car j'en ai encore des traces visibles sur les mains. J'ajouterai que nous avons soigné pas mal de chevaux tétaniques sans qu'il en résultât le moindre accident. Mais peu confiant dans mon expérience, je me suis adressé ou j'ai fait adresser des questions aux divers directeurs des écoles vétérinaires sur ce sujet intéressant. Or voici ce que j'ai pu recueillir, et je note que ces documents datent déjà de 1886.

Mon excellent ami Nocard, interrogeant notre maître commun, le professeur Goubaux, apprit de lui qu'il n'avait jamais eu connaissance qu'un élève ou qu'un palefrenier soit mort du tétanos. Quant à lui, il ne connaît pas un seul vétérinaire, pas un seul élève de nos écoles, pas un seul palefrenier de nos hôpitaux, qui soit mort du tétanos[1]. Depuis cette date, je ne sache pas que l'opinion de M. le professeur Nocard ait changé, je dirai même que plus que jamais il croit à l'origine tellurique du tétanos[2].

Toujours à la même époque, mon ami M. Nocard m'écrivait qu'à

[1] *Recueil de médecine vétérinaire*, 6e série, t. III, p. 734; 15 octobre 1886.

[2] Lettre particulière.

Lyon, M. le professeur Chauveau n'avait jamais eu connaissance qu'un vétérinaire, un élève ou un palefrenier de l'école de Lyon, fût mort du tétanos.

La même question fut posée à M. le professeur Baillet, directeur de l'école vétérinaire de Toulouse ; or, celui-ci répondit à M. Nocard : « Personne ici ne se souvient d'avoir vu un élève, un palefrenier ou un membre du corps enseignant, atteint du tétanos. Et cependant, ajoute-t-il, il ne se pase pas d'années sans qu'il y ait quelques chevaux atteints de cette maladie dans nos hôpitaux[1]. »

Dans un article paru dans les *Annales de médecine vétérinaire*[2], qui se publient à l'école de Cureghem-les-Bruxelles, le docteur Wehenkel, directeur de cette école vétérinaire, reste dans un doute complet sur l'origine équine du tétanos et fait aussi remarquer qu'il ne connaît aucun exemple de contamination d'un homme, non par un cheval, mais même par un cheval tétanique.

Pendant un séjour en Amérique, nous avons interrogé sur le même point le directeur de l'école vétérinaire de Philadelphie — ancien élève de l'école d'Alfort — lui aussi nous a répondu qu'il n'avait pas observé de tétanos chez ses élèves et chez ses palefreniers.

En fait, messieurs, je ne crois pas le cheval aussi dangereux qu'on a bien voulu le dire et c'est chose fort heureuse, car nombre de médecins de campagne conduisent eux-mêmes leur cheval, et nos confrères de l'armée sont montés pour la plupart. Ils seraient donc constamment contaminés et leurs blessures seraient plus que les autres exposées au tétanos!

Bien plus, il résulte des remarques précédentes que les vétérinaires ou les élèves qui sont appelés, soit à soigner des animaux tétaniques, soit même à pratiquer des autopsies, — et on sait à quelles manœuvres dangereuses pour l'épiderme se livre un vétérinaire qui doit enlever la moelle et le cerveau d'un cheval — ces vétérinaires ou ces élèves, dis-je, ne contractent pas le tétanos, telles sont au moins les affirmations des directeurs de nos écoles françaises et celle du directeur de l'école de Bruxelles.

Parce qu'un individu qui s'est blessé et a été pris de tétanos, était en rapport avec des chevaux ou soignait des chevaux, il n'en résulte pas fatalement qu'il y ait une relation entre les deux faits, le raisonnement me paraît trop simple, et l'observation si curieuse et si bien prise que vient d'analyser notre collègue M. Chauvel, en est un exemple probant.

La terre a été ici l'origine de l'intoxication et on en a eu toutes les

[1] Lettre du 3 janvier, adressée à mon ami M. Nocard (d'Alfort).

[2] Janvier 1887, p. 56.

preuves expérimentales, l'origine tellurique est indéniable, or ce cas, insuffisamment observé semblerait plaider en faveur de la prétendue origine équine.

Et d'ailleurs, comme nous l'a dit M. Larger, les moutons sont sujets au tétanos. On a observé chez eux et à propos de la castration ces épidémies signalées chez le cheval. Y aurait-il donc aussi une origine ovine du tétanos ?

En résumé, il m'est impossible, étant donné ce qu'on sait actuellement sur l'origine tellurique du tétanos, sur le bacille de Nicolaïer, sur les toxines qu'il sécrète, etc., il m'est impossible d'accepter l'origine dite équine du tétanos.

M. Delorme. En présence des résultats négatifs des méthodes thérapeutiques dérivées de l'étude bactériologique, telles que les inoculations de virus atténué, par exemple, il me paraît utile de s'arrêter aux anciens modes de traitement ; à ce titre, l'amputation me semble rationnelle ; mais seulement, lorsqu'il s'agit d'un segment de membre peu important. Dans d'autres cas, j'utiliserais encore le moyen employé par moi l'année dernière dans un cas de tétanos compliquant une plaie de la région fessière produite par un gros morceau de bois. Je ferais le curage de la plaie ; après avoir, au besoin, pratiqué des débridements ; au besoin, j'aurais recours à la cautérisation. On a ainsi l'avantage de se débarrasser des bacilles vulgaires de la suppuration, sans lesquels le bacille tétanique ne peut pas produire son virus.

A l'appui des observations de M. Terrier, je ferai remarquer qu'à Lunéville, où il y a une garnison de 4,000 cavaliers et une population maraîchère de 3 à 4,000 individus environ, il y a eu un seul cas de tétanos en vingt-deux ans. Ce cas a été observé chez un jardinier ; les cavaliers sont restés indemnes ; or, on sait que ceux-ci manient souvent le fumier avec leurs mains couvertes d'excoriations, condition qui serait bien propice à l'inoculation.

Présentation de malades.

1° *Vaste ostéome du moyen adducteur.*

M. Delorme présente un artilleur qui, dans un exercice de gymnastique, en faisant le saut-de-mouton, se rompit les attaches supérieures du moyen adducteur gauche. Quelques jours seulement après l'accident, il constata au-dessous du pli inguinal, vers sa

moitié interne, une tuméfaction des dimensions d'un petit œuf de poule.

En deux mois, cette tuméfaction qui n'apportait que peu de gêne aux mouvements du membre inférieur et qui n'était pas douloureuse, s'accrut lentement, s'étendit quelque peu le long du muscle, mais ce n'est que depuis ces deux derniers mois qu'elle a acquis son volume actuel.

Comme on peut le constater,cette tumeur a 8 à 9 centimètres de large, 19 de long, c'est-à-dire qu'elle occupe toute l'étendue du moyen adducteur et la moitié supéro-interne de la cuisse.

Elle est quelque peu mobile dans le sens antéro-postérieur, immobile dans la verticale, d'une dureté ligneuse, osseuse. Malgré son volume, elle n'apporte qu'une gêne peu sensible dans les mouvements du membre. Elle offre, en un mot, les caractères classiques des ostéomes des adducteurs si fréquents dans l'armée, et représenterait un des spécimens les plus étendus de ces tumeurs, puisque la totalité du muscle est envahie.

Malgré sa dureté osseuse, M. Delorme hésiterait cependant à porter le diagnostic d'ostéome auquel on s'arrête, à son sens, trop facilement aujourd'hui, lorsqu'on est en présence d'une tumeur musculaire développée à l'occasion d'un traumatisme et présentant les caractères de celles dont ce soldat est porteur. D'abord parce qu'il lui paraît difficile d'admettre que, dans le court espace de temps de deux mois, une tumeur osseuse aussi étendue puisse se développer, ensuite parce qu'il a vu quelques-uns de ces prétendus ostéomes, aussi durs que l'est celui de ce malade, diminuer d'une façon considérable sous l'influence de pressions répétées et énergiques.

L'année dernière, il voulait présenter à la Société un soldat chez lequel, à la suite d'une entorse du coude, s'était produit un hématome volumineux du brachial antérieur près de ses attaches inférieures.

La tumeur, du volume d'un petit œuf, soulevait la brachiale au point de faire disparaître le pouls radial, et comprimait le médian assez pour diminuer la sensibilité dans le département musculo-cutané dans lequel se rend ce nerf et déterminer des fourmillements. Elle datait de plus de six mois. Il désirait montrer ce malade pour avoir l'avis de ses collègues sur l'utilité d'une intervention. L'ayant donné à examiner à un groupe d'élèves qui, pour se rendre bien compte de son siège, de son volume, de ses connexions, la manipula, la pétrit, il fut averti par ce soldat, quelques jours après cette séance d'examen, que la tumeur avait notablement diminué de volume,que les battements du pouls radial étaient revenus, et que les fourmillements dans la zone du médian avaient cessé. Il disait vrai. La masse avait diminué d'un tiers ; après un certain nombre de massages, elle disparut presque totalement.

Il compte employer le même moyen chez l'artilleur qu'il présente et il fera part du résultat obtenu par le massage.

En désignant ces tumeurs sous le nom d'ostéome, on fait, suivant lui, trop bon marché de l'épanchement sanguin et surtout de la myosite interstitielle qui, l'un et l'autre, peuvent imprimer à la tuméfaction ces caractères de dureté.

2° *Kyste hydatique multiple du foie. — Six opérations successives dont deux laparotomies et deux incisions transpleurales.*

M. Maunoury (de Chartres). — J'ai l'honneur de vous présenter une malade chez laquelle j'ai pratiqué successivement quatre opérations dont une laparotomie et deux incisions transpleurales pour guérir des kystes hydatiques multiples du foie. Antérieurement les Drs Mercier et Corneau l'avaient opérée d'un premier kyste par la méthode des caustiques, et entre ma première et ma seconde intervention, elle subit à l'hôpital Beaujon une laparotomie exploratrice.

J'ai relaté le commencement de cette maladie au Congrès de chirurgie de 1888.

Cette femme, âgée actuellement de 39 ans, a eu pendant les premiers mois de 1887 un kyste hydatique de la région épigastrique ouvert par les caustiques. Peu de temps après, un kyste reparut dans le lobe gauche du foie ; je le traitai par la ponction d'abord, puis le 18 février 1888, par l'excision transpleurale ; ce fut cette opération dont je rendis compte au Congrès de chirurgie. Vous pouvez aujourd'hui en voir une conséquence intéressante. Bien que je n'aie fait aucune résection costale, l'espace incisé a subi une dilatation considérable ; les côtes sont écartées de 4 à 5 centimètres et il se fait par là, lorsque la malade tousse, une saillie brusque due sans doute à une hernie de l'estomac. Il n'en résulte d'ailleurs aucune gêne.

En janvier 1889, elle revint me voir, se plaignant de douleurs vives à la base du thorax, mais il n'existe ni saillie, ni matité anormale. Le 11 mars, je fais dans le foie au-dessous du rebord costal droit une ponction exploratrice qui ne donne que du sang.

En avril 1890, elle revient encore, se plaignant de souffrir et n'ayant plus d'appétit. Le côté droit du thorax présente une dilatation manifeste, et au-dessous du rebord costal, on sent une masse arrondie, grosse comme la tête d'un enfant, qui descend jusqu'à l'ombilic. Une ponction exploratrice faite sur le point le plus saillant ne donne que du sang. Sur ces entrefaites elle entre à l'hôpital Beaujon, où, le 6 juin, on lui fait une laparotomie exploratrice ; on trouve le foie un peu gros, mais on referme le ventre sans aller plus loin.

En avril 1891, elle rentre dans mon service, se plaignant toujours de douleurs vives dans la région du foie, mais nulle part on ne sent

de fluctuation. Le 16 mai, je fais au-dessous du rebord costal, une nouvelle ponction qui, comme les précédentes, reste sans résultat.

Enfin, le 30 avril 1892 je la revois; le foie a augmenté considérablement de volume, et il existe dans l'hypocondre gauche une saillie régulièrement arrondie, élastique et fluctuante. En outre, dans la cicatrice de l'incision transpleurale faite en 1888, il a paru depuis sept ou huit mois, une tumeur arrondie, fluctuante, grosse comme une orange, qui s'enfonce dans l'espace intercostal élargi et qui est manifestement un petit kyste hydatique développé dans la cicatrice.

Le 19 mai, j'essaie de traiter ce petit kyste par un procédé conseillé récemment par Billroth; une ponction donne issue à un demi-verre de liquide « eau de roche » et j'injecte dans la poche 3 grammes d'iodoforme en suspension dans 25 grammes d'huile. Cette injection donne lieu immédiatement à des phénomènes inflammatoires locaux et généraux d'une intensité extrême; aussi le 23 mai, j'incise largement la poche d'où il sort du pus phlegmoneux et la vésicule mère; je puis constater que cette poche est entièrement sus-diaphragmatique et ne présente aucun prolongement hépatique. Les accidents cessent très rapidement après cette petite opération.

Pendant ce temps, la saillie du kyste du lobe gauche se prononce de plus en plus à l'épigastre, à gauche de la ligne médiane. Le 15 juin, je fais assez profondément une ponction exploratrice sur le point le plus saillant de cette tumeur, c'est-à-dire à 6 au 7 centimètres à gauche de la ligne médiane, je retire une demi-cuillerée à café d'un liquide rempli de débris de membranes hydatiques d'un jaune ocre. Quelques instants après avoir retiré la canule, il se produit au niveau de la piqûre une douleur très vive. Craignant de voir se développer une péritonite suraiguë par suintement du liquide kystique dans le péritoine, je procède séance tenante à la laparotomie.

Incision verticale de 8 centimètres sur le trou de la ponction; je tombe sur la face antérieure du foie qui présente un kyste superficiel du volume d'une orange, je le ponctionne, puis je l'incise, c'est un kyste rempli d'un liquide parfaitement limpide, qui n'est pas évidemment celui dont j'ai aspiré le liquide, mais qui a été traversé de part en part par le trocart. J'en enlève la vésicule mère, puis j'en suture les parois aux lèvres de l'incision de la paroi abdominale, comptant me créer là une voie pour arriver jusqu'au kyste situé plus profondément; mais en explorant la cavité avec le doigt, je ne trouve ni saillie, ni fluctuation. Il faudrait évidemment traverser une couche assez épaisse de tissu hépatique pour atteindre l'autre kystique, et bien que ce soit là peut-être la véritable indication, le danger de faire une incision profonde dans le foie en un point où une hémorragie serait difficile à arrêter, m'empêche de prendre ce parti.

Les jours suivants, l'état reste à peu près le même, mais à partir du 28 juin, l'écoulement renferme quelques parcelles jaunâtres, semblant indiquer un commencement de communication avec le kyste profond, la température s'élève et l'hypocondre droit devient un peu douloureux. Bientôt il s'établit un état fébrile continu, la malade n'a plus

d'appétit, elle maigrit et pâlit rapidement : — le 19 juillet, elle accuse une douleur extrêmement vive dans tout le côté droit, ce qui me fait craindre qu'un kyste suppuré ne se soit rompu dans la plèvre.

Je l'examine complètement à ce moment, et je constate qu'il existe une dilatation très marquée de tout le côté droit du thorax; la matité remonte en avant presque jusqu'au deuxième espace intercostal, en arrière elle remonte également très haut sur l'omoplate, sans qu'il soit possible de préciser; les espaces intercostaux sont notablement élargis. — Au-dessous des côtes on sent le foie refoulé qui arrive jusqu'à l'ombilic, mais nulle part on ne trouve ni saillie ni fluctuation, rien en un mot qui puisse faire penser que le kyste soit accessible de ce côté. Le point qui me paraît le plus favorable à la ponction est le dixième espace intercostal droit, notablement en arrière de la ligne axillaire, à peu près au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate; c'est là, en effet, le centre de la dilatation du thorax.

Le 22 juillet, je fais en ce point une ponction avec l'appareil Potain; il ne sort rien, mais en remuant un peu la canule, je vois que je suis dans une vaste cavité; en outre, après avoir introduit un mandrin à plusieurs reprises dans la canule, il sort quelques gouttelettes d'un liquide jaune purulent, avec parcelles de membranes. Cela suffit et je retire la canule pour procéder à la large incision.

Chloroforme pour inciser la peau; la petitesse du pouls et la gravité de l'état général m'empêchent de le continuer pendant toute l'opération. — La malade est couchée sur le côté gauche, les différentes couches à inciser auront ainsi une tendance à s'écarter les unes des autres, mais c'est cependant le seul moyen d'y voir clair.

Incision cutanée au niveau du dixième espace, passant par le trou de la ponction, longue d'abord de 6 à 7, puis à la fin de 8 à 9 centimètres. Je ne touche pas aux côtes que je me contente de faire écarter. La plèvre est ouverte, il s'écoule une cuiller à café de liquide citrin, mais nulle part il n'y a trace d'adhérences, les deux plèvres, costale et diaphragmatique, glissent librement l'une sur l'autre. Rien n'eût été plus facile à ce moment que de suturer ensemble ces deux plèvres qui n'ont aucune tendance à s'écarter l'une de l'autre, mais pensant, d'après les auteurs, que c'est une précaution inutile, je sectionne de suite le diaphragme à petits coups de bistouri; un jet artériel m'oblige à éponger et à faire une ligature; pendant cette manœuvre et malgré toutes les précautions prises, l'air pénètre dans la plèvre, ce qui m'oblige à réunir de suite les deux plèvres par une couronne de 17 points de suture. Il eût été beaucoup plus simple et plus prudent de le faire immédiatement après l'ouverture de la plèvre. Je puis alors terminer l'incision du diaphragme et entrer dans le péritoine.

Je comptais trouver le foie appliqué contre le diaphragme, mais il en est distant de 2 centimètres, évidemment à cause du décubitus sur le côté gauche. Le foie est partout solide et résistant; nulle part il n'y a de point fluctuant ni de surface blanche ressemblant à une paroi de kyste. Un large caillot recouvre le trou de la ponction transformé en une déchirure longue de un centimètre par les mouvements, assez

légers d'ailleurs, que j'ai imprimés au trocart pour voir si j'étais dans une cavité.

Je pense un instant à bourrer la plaie de gaze iodoformée pour provoquer la formation d'adhérences avant d'ouvrir le foie, car l'ouverture en deux temps des kystes du foie me paraît être le procédé le plus sûr toutes les fois que le kyste est situé profondément et que sa paroi ne vient pas affleurer la surface du foie ; mais dans le cas actuel l'état cachectique de la malade ne permet pas d'attendre plusieurs jours, et d'ailleurs il pourrait se faire, par le trou de la ponction, une irruption du liquide kystique dans le péritoine. Il faut donc ouvrir le foyer aujourd'hui même, mais il faudrait pour cela que le foie fût accolé à la paroi abdominale. J'essaie de suturer le foie au diaphragme, mais les fils coupent de suite le tissu hépatique, ce qui donne lieu à une hémorragie abondante.

Désirant avoir un repère pour arriver jusqu'au kyste, j'enfonce un trocart dans le trou déjà existant, il ne s'écoule rien, mais à peine la canule est-elle retirée qu'il s'échappe un jet de pus que j'éponge rapidement afin de l'empêcher de couler dans le péritoine. Alors j'introduis le doigt aussi profondément que possible dans l'ouverture faite au foie par le trocart, et à 2 ou 3 centimètres de profondeur je tombe dans la cavité du kyste ; alors avec le doigt recourbé en crochet j'attire l'ouverture hépatique près de l'ouverture cutanée, et il s'écoule alors un flot de pus renfermant d'innombrables hydatides mortes de couleur ocre ; j'évalue à environ deux litres le liquide ainsi évacué. La poche est ensuite lavée à l'eau bouillie. Elle s'étend uniquement en haut vers le thorax et refoule en bas tout le foie ; une incision au-dessous des côtes n'aurait pu l'atteindre.

L'ouverture faite au foie avec le doigt a 5 ou 6 centimètres de longueur. Je place une série de points de suture qui traversent de part en part le diaphragme et toute la couche de tissu hépatique qui recouvre la poche, y compris la paroi de la poche. Mais je suis obligé, en faisant cette suture, de prendre les plus grandes précautions, car le tissu hépatique se laisse couper par les fils avec une facilité désespérante. Il m'a été impossible pour cette raison, non seulement de suturer la paroi de la poche à la peau, mais même le diaphragme à la peau, ce que j'avais essayé de faire pour mieux fermer la plèvre. Je suis même obligé de porter le diaphragme sur le foie, plutôt que d'attirer le foie sur le diaphragme, sans quoi tous les points de suture couperaient la paroi kystique. Cela prouve combien en pareil cas il est utile de suturer préalablement les deux feuillets de la plèvre, et je ne puis m'expliquer pourquoi cette manœuvre si simple n'est pas toujours employée dans les opérations transpleurales.

Les jours qui suivent, la malade ne souffre plus du côté, mais elle se plaint du ventre, ce qui me fait supposer qu'un peu de liquide kystique a pu tomber dans le péritoine. Le ventre se ballonne légèrement, il y a quelques vomissements, puis bientôt ces symptômes se calment. Le lavage de la poche est fait chaque jour à l'eau bouillie ; il ne sort plus aucune membrane, et bientôt le trajet qui va de la poche kystique

à la peau se recouvre d'une couche continue de bourgeons charnus. Les signes du pneumothorax qui étaient très manifestes les premiers jours vont en s'atténuant ; les râles à timbre amphorique disparaissent, le bruit respiratoire, d'abord complètement nul, s'entend bientôt faiblement, l'oppression diminue; bref, l'air contenu dans la plèvre disparaît graduellement sans qu'il se soit produit à aucun moment un épanchement même minime.

Malgré cette amélioration incontestable de l'état local, l'état général reste fort médiocre et l'appétit complètement nul ; je crois en trouver la cause dans l'existence d'un empâtement inflammatoire qui se développe dans l'excavation pelvienne, vraisemblablement autour d'une membrane hydatique tombée dans le péritoine lors de l'ouverture du kyste. Le 16 août, cet abcès s'ouvre spontanément par le rectum et il sort environ deux verres de pus où flottent quelques fines parcelles d'un jaune ocreux confirmant l'origine de cet abcès.

J'espérais que cette ouverture serait le signal d'une amélioration sérieuse. Il n'en est rien. L'appétit reste nul, et je vois bientôt le foie augmenter de nouveau et rapidement de volume; il fait une forte saillie au-dessous du rebord costal droit.

Je songeais à faire une nouvelle incision en ce point, lorsque, le 31 août, la fistule qui persistait au niveau de la cicatrice de la laparotomie faite récemment à l'épigastre donne passage à une quantité considérable d'hydatides mortes. C'est un nouveau kyste qui vient de s'ouvrir là. Ce ne peut être en effet une dépendance de celui qui a été ouvert à travers la plèvre, car, dans ce dernier, le lavage du jour de l'opération a enlevé toutes les hydatides ; en outre, ces hydatides étaient jaunes, tandis que celles qui sortent aujourd'hui sont blanches et baignent dans un pus fétide. Les jours suivants les membranes continuent à sortir en grande quantité.

A partir de ce moment, l'état général commence à s'améliorer. Vers le 1er octobre, cet état est excellent et l'appétit est complètement revenu ; le foie est à peu près revenu à son état normal. Les semaines suivantes l'embonpoint augmente rapidement. A la fin de novembre, j'enlève le dernier tube de l'incision transpleurale. Le 19 décembre, les règles qui avaient disparu depuis sept mois sont revenues. Enfin le 4 mars, la cicatrisation est complète, il n'existe plus aucune saillie anormale, l'embonpoint a considérablement augmenté. La malade sort de l'hôpital, paraissant complètement guérie.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire annuel,

E. Kirmisson.

Séance du 29 mars 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Deux observations d'ablation d'annexes de l'utérus et de curettage utérin*, par M. Dayot, fils (de Rennes), (M. Picqué, rapporteur) ;

3° *Epithélioma du dos de la main. Propagation aux vaisseaux et aux nerfs*, par M. Reboul (de Marseille). Brochure in-8° de 10 pages;

4° *Manuel de petite chirurgie*, par A. Jamain. 7e édition, par F. Terrier et M. Péraire. Paris, 1893 (F. Alcan, éditeur).

A propos du procès-verbal.

De la pathogénie et du traitement du tétanos.

M. Schwartz. Nous avons eu l'occasion dans ces deux dernières années d'observer quatre cas de tétanos qui nous ont paru intéressants à vous rapporter à propos de la discussion actuelle sur la pathogénie et le traitement de cette redoutable complication.

Voici d'abord l'exposé de nos quatre faits.

Obs. I. — Le 6 avril 1891 le nommé C..., charretier, âgé de 30 ans, demeurant route de Châtillon à Malakoff, tomba pendant la matinée sous la roue d'une voiture de fumier pesamment chargée. Il se fait une légère éraflure sur la joue gauche; par contre sa main gauche prise entre le sol et la roue présente les lésions suivantes :

Le métacarpe et la racine des quatre derniers doigts sont écrasés et présentent des plaies par éclatement avec ouverture des gaines tendi-

neuses, tandis que l'éminence thénar et le pouce sont restés absolument intacts, fractures comminutives des métacarpiens et des premières phalanges. Mon collègue et ami le Dr Routier, qui me remplaçait, jugea la conservation possible, fit faire un pansement antiseptique humide après nettoyage complet des parties lésées et ordonna de grands bains phéniqués. Dès le lendemain la température s'élevait à 39°,6 le soir, et l'on pouvait observer un commencement de sphacèle des téguments. Le 8 avril notre collègue pratiqua deux larges incisions sur le dos de la main; malgré tout, la fièvre dure, le sphacèle augmente en même temps qu'apparaît une lymphangite de l'avant-bras. Sur ces entrefaites, le 10 avril, nous reprenions notre service et nous nous décidions séance tenante à l'amputation de l'avant-bras, au tiers supérieur, où n'existaient encore ni rougeur, ni gonflement. Amputation à deux lambeaux, en ayant soin de bien isoler par un pansement bien fermé les parties malades du membre, sutures profondes et superficielles, deux drains.

Dès le lendemain 11 avril, la température tombait à 37°,4, l'état général était meilleur. Le 12 avril un peu do gonflement douloureux du moignon nous force à enlever les deux sutures profondes; le soir, le thermomètre marque 38°,4.

Le 13 avril, après une nuit agitée, l'opéré se plaint de ne pouvoir ouvrir facilement la bouche, nous reconnaissons immédiatement qu'il est atteint de trismus et on ordonne aussitôt 4 grammes de chloral et 1 centigramme 1/2 de chlorhydrate de morphine, il est isolé, entouré d'ouate, mis dans l'obscurité à l'aide de toiles vert foncé suspendues autour du lit.

Le 14 avril la température atteint 38°,4 le matin et 38°,7 le soir, le pouls qui était à 100 monte à 110 et 116, la respiration qui était à 15 atteint 25 puis 30 par minute, le trismus a augmenté; le blessé prend 6 grammes de chloral, en lavement et 4 grammes en potion et 2 centigrammes de morphine, nous désunissons complètement les lambeaux du moignon, il s'écoule au niveau des drains un peu de sérosité louche roussâtre; pulvérisations phéniquées, puis pansements humides.

Le 15 avril, au trismus s'ajoute de la contracture des muscles latéraux du cou à gauche; continuation du chloral à la dose de 12 grammes et de la morphine à la dose de 2 centigrammes. Le 16 avril, tous les muscles du côté gauche se prennent et nous montrent le tableau classique du pleurosthotonos. Le thermomètre marque 40°,5, la respiration s'embarrasse et le blessé succombe à 10 h. 30 m. du matin, soit trois jours après le début des accidents. La température prise un quart d'heure après la mort est de 41°,5.

En résumé, tétanos aigu évoluant en trois jours après une incubation de sept jours et se terminant par la mort malgré une amputation faite loin des parties atteintes quatre jours après la blessure.

Obs. II. — F. A..., encore un charretier, âgé de 31 ans, entre dans notre service le 4 janvier 1892. Le 21 décembre dernier, il s'est fait en glissant la main sur un crochet de son camion une petite plaie contuse

au niveau de l'éminence thénar du côté gauche, il n'y a fait aucune attention, et quand le malade vient nous voir, elle est complètement cicarisée; elle ne l'a pas empêché de continuer à se livrer à son travail, toutefois depuis cinq à six jours, il ne se sent pas dans état normal, il accuse de la céphalalgie, une lassitude générale. C'est le 2 janvier, soit, deux jours avant son entrée, douze jours après sa blessure qu'il s'est aperçu en se réveillant qu'il ne pouvait pas facilement ouvrir la bouche et qu'il éprouvait une certaine raideur des muscles de la nuque qui l'empêchaient de baisser la tête; dès son entrée à l'hôpital, on lui fait prendre 4 grammes de chloral.

Je le vois le 4 janvier, au matin, et voici quel est son état : on est immédiatement frappé de l'aspect singulier de la physionomie; les commissures des lèvres sont attirées en dehors, les orbiculaires oculaires sont ouverts largement, tous les autres muscles de la face paraissent être en contracture. Les arcades dentaires sont fortement serrées et il est très difficile de les écarter tant soit peu l'une de l'autre, la déglutition est difficile. Il existe une raideur manifeste de la nuque et des muscles du dos, telle que, lorsque le malade s'assied, c'est tout d'une pièce, et son corps se déplace comme une tige. Les membres supérieurs ne présentent aucune raideur, pas plus que les membres inférieurs; par contre la paroi abdominale antérieure a une dureté tout à fait caractéristique et est rétractée vers la colonne vertébrale. La respiration est normale, le pouls est régulier quoique plus fréquent, la température ne dépasse pas 38°.

Le blessé est isolé, entouré d'ouate, mis dans un endroit obscur, on lui prescrit 5 grammes de chloral, 2 centigrammes de morphine et je lui pratique séance tenante une injection d'eau phéniquée à 1/50e à l'aide d'une seringue de Pravaz (1 centimètre cube) sur le bras du côté blessé. Cela ne l'empêche pas d'avoir le même jour deux forts accès pendant lesquels tout son corps se raidit pendant quelques secondes, puis la crise disparue, il ne persiste plus que du trismus et de la contracture des muscles abdominaux.

Les jours suivants le même état persiste sans augmentation du côté de l'état général, l'on fait matin et soir des injections d'eau phéniquée à 1/50e dans le bras gauche (2 seringues de Pravaz, pleines), mais on administre en même temps 7, puis 9 grammes de chloral, la température a monté à 38°,5.

Ce n'est que le 14 janvier, dix jours après son entrée que l'on commence à constater un peu d'amélioration, la température redevient normale, le trismus est moins fort, la paroi abdominale s'assouplit un peu, les crises sont moins violentes, moins généralisées et moins longues.

Le 21 janvier, le blessé commence à écarter volontairement les arcades alvéolaires, la paroi abdominale s'assouplit de plus en plus, la raideur de la nuque a presque totalement disparu. Malgré tout on a continué les injections phéniquées hypodermiques d'après Bacelli, le chloral à la dose de 8, puis 7, puis 6 grammes.

A partir de ce moment les phénomènes de contracture disparaissent

lentement et graduellement, les injections phéniquées sont supprimées, le chloral est encore donné, mais à doses de 4 et 3, puis 2 grammes par jour. Ce n'est que vers la mi-février après six semaines de durée que tout spasme a disparu, et le 15 février le blessé peut aller à Vincennes.

Il nous revient quatre jours après avec une rechute du côté des muscles abdominaux seulement, ceux-ci sont absolument durs comme du bois, la nuit le malade se réveille en sursaut et est pris de crises de contracture douloureuses. Le chloral lui est rendu à la dose de 3 et 4 grammes par jour. Le 29 février il sort cette fois totalement guéri. Il vient nous revoir plusieurs fois ensuite et nous constatons que toute raideur a disparu, quoique le malade nous dise que de temps en temps il présente encore un peu de spasme de la paroi abdominale.

En somme : tétanos chronique après une période d'incubation de douze jours et terminé par la guérison.

La troisième observation concerne un jeune garçon de 12 ans, B. G... qui, en s'amusant à grimper sur un wagonnet en marche dans le chantier des travaux du chemin de fer de Sceaux prolongé fut renversé par lui. Les roues du wagonnet lui passèrent sur la jambe gauche et lui firent une plaie longue de 10 centimètres à la face interne et postérieure intéressant les masses musculaires postérieures et produisant un assez large décollement. La plaie fut soigneusement nettoyée, débarrassée de la terre qui la souillait ; comme ses bords étaient peu contus, l'interne de garde tenta de les réunir en drainant largement le foyer. L'accident était arrivé le 20 octobre 1892.

Tout se passa bien pendant les premiers jours, mais le 28 octobre se montra un sphacèle assez étendu à la partie postérieure de la plaie qui força à enlever tous les points de suture et à largement rouvrir le foyer traumatique. Pansements humides.

Le 3 novembre au soir, quinze jours après l'accident, le blessé se plaint de douleurs lombaires très violentes survenant par crises assez fortes pour lui arracher des cris, en même temps, il présente un peu de gêne de la mastication et ne peut ouvrir totalement la bouche. Le soir, le pouls est à 140°, mais la température est normale ainsi que la respiration. Urines normales. État local bon.

Le 4 novembre au matin, les douleurs lombaires ont diminué; mais il souffre davantage du côté de la mâchoire; il n'a pas dormi cette nuit, et a eu à différentes reprises des crises qui lui ont fait pousser des cris; on ordonne deux grammes de chloral sans poser encore un diagnostic bien précis, car l'enfant se plaint beaucoup de mal de gorge sans qu'on aperçoive la moindre rougeur, rien non plus du côté des dents. État local satisfaisant. Rien d'anormal, la plaque de sphacèle se circonscrit.

Le soir du 4 novembre, le trismus devient net; les arcades alvéolaires

s'écartent difficilement, en même temps que les commissures buccales sont attirées en haut et en dehors. Continuation du chloral à la dose de 3 grammes.

Le 5 novembre le trismus continue; aspect angoissé de l'enfant. Mastication et déglutition difficiles; spasme des muscles de la nuque. Spasme aussi de tous les muscles et surtout des extenseurs du pied à gauche; les tendons des extenseurs des orteils se dessinent comme des cordes sous les téguments; rien du côté des muscles de la cuisse. Fonctions normales. Isolement du petit blessé; continuation du chloral, alimentation liquide.

Le 6 novembre, la déglutition devient plus difficile, la respiration s'embarrasse un peu, quoique la respiration reste normale; le pouls est toujours, et depuis le début, très fréquent 120-140°; la contracture du membre inférieur gauche est permanente, celui de droite est libre; nous faisons prier le docteur Roux de venir voir l'enfant et, le soir, il lui fait une injection de 165 centimètres cubes de sérum de cheval rendu réfractaire au tétanos; l'injection est faite sur les deux membres inférieurs.

Le 7 novembre, progrès en mal depuis hier; contracture des muscles de la face, déglutition difficile, respiration plus gênée; hypéresthésie des deux membres inférieurs injectés telle que le moindre attouchement arrache des cris au petit blessé; ce jour-là nouvelle injection de sérum antitoxique de 100 centimètres cubes des deux côtés dans la paroi abdominale; on continue toujours le chloral.

Le 8 novembre, l'état est stationnaire; toutefois, il y a plutôt un peu de mieux du côté de la déglutition, il y a moins d'hypéresthésie des deux membres inférieurs; par contre, c'est la paroi abdominale qui est hyperesthésiée et se contracture Le pouls est tombé à 112. La plaie évolue toujours vers la guérison; l'escharre est détachée.

Les jours suivants, les phénomènes de contracture et de crise du côté des masticateurs, des muscles de la nuque, des muscles de la déglutition disparaissent peu à peu, mais il persiste jusqu'au 25 novembre de la raideur de la paroi abdominale et une contracture très intense des extenseurs du pied gauche qui est en varus équin et qui ne disparaît totalement que le 3 décembre.

Le 17 novembre, l'enfant a présenté une éruption d'urticaire généralisée à la face, au tronc et aux hanches qui disparut le 18 et qu'il faut attribuer, d'après M. le Dr Roux, aux injections de sérum antitoxique; l'enfant a été revu parfaitement guéri depuis.

Notre dernière observation est toute récente.

Il s'agit d'un homme qui fut apporté, dans notre service à l'hôpital Cochin, pour une fracture compliquée de la cuisse par écrasement. C'était un charretier alcoolique d'une cinquantaine d'années dont la cuisse avait été prise sous la roue de son tombereau le 2 mars dernier. La fracture siégeait au niveau de la partie moyenne de la cuisse et là aussi, sur la région antérieure, se remarquait une plaie contuse assez

large à bords décollés qui laissait suinter du sang noir en assez grande quantité. On fit aussitôt le nettoyage complet de la plaie au chlorure de zinc au 1/20e et à l'eau phéniquée forte, puis on établit à l'aide de deux gros drains un drainage du décollement et l'appareil à traction continu fut appliqué par-dessus un pansement antiseptique sec. Le blessé ayant de la fièvre (3 jours suivants) et délirant la nuit, je soupçonnais de la rétention et un peu d'ostéomyélite des fragments de la fracture ; un large débridement fut pratiqué par lequel on enleva 4 esquilles volumineuses complètement détachées, la cavité fut nettoyée, bourrée à la gaze antiseptique. Le soir, l'état général du blessé n'est guère modifié ; seule la température a baissé et est tombé à 37°,9, au lieu de 40° qu'elle était la veille. Le 11 mars, neuf jours par conséquent après l'accident, l'infirmier qui le veille la nuit du 10 au 11 observe que depuis le matin il est difficile de lui faire ouvrir la bouche et que tout son corps se raidit quand on veut le lever dans son lit.

A la visite du matin, nous constatons du trismus bien net ; en cherchant à écarter les arcades alvéolaires, on détermine une contracture de tous les muscles de la face, qui donne à la physionomie cet aspect tout spécial du rire sardonique. Il n'existe pas de raideur de la nuque ni des muscles du dos ; les membres supérieurs et inférieurs ne se contractent que d'une façon intermittente et passagère, quand on excite les téguments. M. le docteur Roux prévenu aussitôt fait, l'après-midi même à 3 heures, une injection de 50 centimètres cubes de sérum antitoxique. La température du matin était de 37°, elle monte à 37°,5 seulement le soir.

A 6 heures du soir, nouvelle injection de 50 centimètres cubes de sérum au moment où il n'existe pas de trismus, mais seulement des contractures passagères des muscles de la face. A la suite de la piqûre, le blessé a un accès pendant lequel tous les muscles du côté blessé se contractent et lui donnent l'attitude du pleurosthotonos ; à diverses reprises, le même fait se reproduit. A minuit, nouvelle injection do 50 centimètres cubes de sérum. Les températures de la nuit sont : à 11 heures, 37°,5 ; à 2 heures, 38°,5 ; à 4 heures, 30°. Le pouls, si ce n'est sa fréquence proportionnelle à la température, ne présente rien d'anormal. La respiration est un peu saccadée.

Le 12 mars, pas d'aggravation des contractures et des accès ; il y a plutôt une légère amélioration. Trismus intermittent ; le matin, injection de 35 centimètres cubes de sérum antitoxique ; le soir, 45 centimètres cubes du même liquide.

Toute la journée, le thermomètre oscille vers 39°, et le soir, il atteint 39°,8 ; l'état général est plus mauvais.

Le 13 mars, pendant la nuit, la température n'a pas dépassé 38°,8, mais l'état général est devenu plus mauvais ; le blessé a perdu connaissance et est dans un demi coma ; son teint est comme cireux. Les muscles de la face se contractent à certains moments ; la respiration n'est pas embarrassée. Pendant tout ce temps, la plaie de la cuisse, régulièrement pansée n'a présenté rien de spécial. Il meurt à une une heure et demie de l'après-midi.

L'autopsie complète n'a pu être faite, mais le docteur Vaillard a pu recueillir de la pulpe cérébrale, des fragments do muscles pour lesquels on a fait des cultures et des expériences dont nous ne connaissons pas encore les résultats.

En résumé, tétanos évoluant en trois jours et se terminant par la mort avec tous les signes d'une intoxication profonde après l'injection très rapidement après le début apparent des accidents (7 heures), de 230 centimètres cubes de sérum antitoxique en cinq fois.

Si nous étudions les cas que nous venons de vous rapporter au point de vue étiologique, nous constatons que, trois fois sur quatre, il s'est agi de charretiers, une fois d'un enfant ; dans trois cas la plaie a été souillée par de la terre sans que nous ayons pu en faire analyser des échantillons au point de vue bactériologique ; une fois chez le camionneur la plaie a été produite par un crochet, et elle était guérie ou presque lorsque les accidents ont éclaté.

Nos faits sont par conséquent en majeure partie favorables à la théorie dite tellurique du tétanos. Le fait le plus probant est celui du petit garçon sur la jambe duquel passe la roue d'un wagonnet et qui contracte, quatorze jours après, un tétanos chronique dont il guérit.

Au point de vue du traitement, les faits peuvent se résumer ainsi :

Dans le premier cas tétanos aigu, débutant huit jours après la blessure par écrasement de la main ; trois jours avant l'explosion des accidents, amputation de l'avant-bras à sa partie supérieure loin du foyer infecté et en voie de sphacèle. Malgré l'amputation, le tétanos éclate trois jours après et emporte l'opéré en trois jours. Ce fait ne prouve rien contre l'amputation, car comme nous l'avons dit, le blessé avait subi en même temps une éraflure de la face qui, il est vrai, a guéri très rapidement tellement elle était peu conséquente.

Les 2e et 3e cas, sont des cas de tétanos chronique ; pour le premier dont les accidents avaient débuté au bout de 12 jours, les signes s'aggravaient d'une façon manifeste, quoique la température et le pouls fussent bons ; le traitement institué fut le traitement classique par le chloral à haute dose et la morphine, auquel nous avons ajouté les injections phéniquées de Bacelli. Ce fut à partir du jour où celles-ci furent employées que la maladie ne progressa plus ; mais en même temps le blessé prenait de 8 à 12 grammes de chloral et nous pensons qu'une grande part, sinon la plus grande, revient à cette médication. Intéressante a été chez notre blessé, la localisation tenace aux muscles abdominaux et la rechute débutant par la prise de ces mêmes muscles.

Le 3e fait, celui du petit garçon de 12 ans, est encore un cas de

tétanos chronique ayant débuté quinze jours après l'accident. A remarquer chez lui le sphacèle des téguments qui précède l'explosion du syndrome tétanique. Cette coïncidence de la gangrène et du tétanos a été signalée déjà nombre de fois.

Deux jours après, on commence concurremment encore avec le chloral à faibles doses il est vrai, 1 à 2 grammes, le traitement par les injections d'antitoxine. M. le docteur Roux pratique deux injections massives d'antitoxine, l'une de 165 centimètres cubes, l'autre de 100 centimètres cubes, à 24 heures de distance; à noter après ces injections, l'hypéresthésie des parties sur lesquelles l'injection a été pratiquée, puis leur contracture très violente : dix jours après, une éruption d'urticaire généralisée, attribuable à la médication antitoxique. Ce cas a été publié par le docteur Roux avec réflexion à l'appui dans les Annales de l'Institut Pasteur. M. Roux reconnaît que l'injection d'antitoxine dans ce cas à allures bénignes, chronique, n'a pas grande valeur; c'est un de ces cas où tout réussit, le blessé guérit quelle que soit la médication employée. Cependant nous devons remarquer que le lendemain déjà des injections, on note un mieux sensible, tandis que les phénomènes s'étaient rapidement aggravés depuis le début, deux jours avant. De plus, les injections ont été absolument inoffensives, tout au plus pourrait-on les accuser de l'état hyperesthésique des téguments et des contractures localisées aux muscles qu'ils recouvrent. Chez ce petit blessé, le chloral n'a été donné qu'à la dose de 3 grammes par jour au maximum.

Enfin vient notre dernier cas, où la médication antitoxique appliquée très rapidement et très énergiquement et exclusivement, n'a rien donné ; rien, même à la suite du curage du foyer de la plaie et de son traitement par les antiseptiques forts. Nous avons un remords de n'avoir pas pratiqué immédiatement dès l'entrée du blessé, et malgré les mauvaises chances qu'il présentait, l'amputation de la cuisse.

Quoique le tétanos soit relativement peu fréquent, c'est une complication tellement redoutable, étant donnés nos moyens d'action, malgré la connaissance que nous avons de son étiologie et de sa pathogénie, que la question d'amputation immédiate dans les cas de traumatismes graves souillés par de la terre, doit non pas se poser, mais se discuter. Nous voulons dire par là, que si le chirurgien balance entre la conservation et le sacrifice de la partie atteinte en admettant que le blessé le laisse seul juge de la situation, ce fait que la plaie aura été souillée profondément par de la terre devra faire pencher la balance plutôt vers l'amputation immédiate et cela d'autant plus qu'il s'agira de régions de moindre importance (doigts, orteils, etc., par exemple). Comme nous l'avons

fait nous-mêmes, on y regardera certes à deux fois avant de se prononcer pour le sacrifice d'un segment important d'un membre. De plus, étant données les expériences des docteurs Roux et Vaillard, qui démontrent que l'injection de sérum antitoxique est préventive à condition qu'elle se fasse en même temps que le traumatisme infectant, n'y aurait-il pas lieu de pratiquer immédiatement, dans un délai aussi rapproché que possible du traumatisme, l'injection préventive d'antitoxine chez tout individu atteint d'une lésion suspecte. C'est ce que nous avons fait, il y a six semaines environ, pour un de nos blessés : un des wagonnets servant au transport de terre et de pierres pour le chemin de fer de Sceaux, ayant causé une blessure souillée de terre à un jeune homme de 24 ans, nous lui avons fait pratiquer immédiatement une injection d'antitoxine, qui n'a eu aucune suite fâcheuse pour sa santé et n'a été suivie d'aucun accident.

M. Terrier. J'ai rendu compte dans la précédente séance de l'enquête que j'avais faite, jusqu'en 1886, parmi les vétérinaires au sujet de la pathogénie du tétanos. Voulant savoir si les opinions s'étaient modifiées depuis lors, je me suis adressé à M. Nocard qui m'envoie la réponse suivante :

« Je crois plus que jamais à l'origine tellurique du tétanos. Le cheval comme tous les herbivores, bœuf, mouton, chèvre, lapin même, peut servir de véhicule au bacille dont étaient souillés les fourrages qu'il a ingérés, comme il est le véhicule de germes innombrables du vibrion septique. Mais là se borne son intervention. Les spores tétaniques, ingérés avec les aliments, traversent son tube digestif, sans y perdre quoique ce soit de leur végétabilité et de leur virulence. Mais le cheval n'est pas plus dangereux à ce point de vue que les autres herbivores.

« Je serais même porté à croire qu'il l'est moins, étant donné la rareté relative du tétanos à Paris, où les chevaux prédominent et sa fréquence à la campagne, où les autres herbivores sont plus nombreux.

« La vérité est que ce qui est surtout redoutable, c'est la souillure des plaies par la terre cultivée ou imprégnée de matières animales. »

Rapports.

M. Verneuil fait un rapport sur un mémoire de M. Beugnies (de Givet), relatif à la *pathogénie du tétanos.*

Les conclusions du rapport de M. Verneuil sont mises aux voix et adoptées.

Rupture des voies biliaires, laparotomie tardive. Guérison, par M. Michaux.

Rapport par M. Routier.

Messieurs, le travail que j'ai lu il y a peu de temps devant vous sur les ruptures des voies biliaires, a amené deux communications, l'une de notre collègue M. Kirmisson, l'autre de M. le Dr Michaux, et c'est à propos de ce dernier que j'ai l'honneur de vous présenter le rapport suivant :

M. Michaux nous a en effet envoyé une observation très intéressante, qui rentre bien dans le cadre de celles que j'ai observées ou recueillies dans les diverses publications, la voici du reste :

Un charretier âgé de 36 ans est précipité de son tombereau heureusement vide, et les roues lui passent sur le corps au niveau de la partie inférieure du thorax. On l'apporte à l'hôpital le 22 février 1892, dans le service de M. Léon Labbé, à l'hôpital Beaujon.

Le lendemain, nous trouvons ce blessé dans un état général extrêmement grave ; la partie inférieure du thorax et la région hépatique sont le siège d'une vive douleur ; l'abdomen est légèrement ballonné ; le pouls est petit, fréquent ; le facies est pâle et anxieux ; il y a quelques envies de vomir.

Les jours suivants cet état s'aggrave encore, le malade est en proie à une dyspnée des plus intenses, et nous constatons tous les signes d'une bronchopneumonie de la base du poumon droit. Le ventre se ballonne de plus en plus ; je soupçonne une lésion des voies biliaires concomitante de la lésion thoracique, mais l'état général est si misérable que je n'ose pas intervenir.

Les jours suivants, les phénomènes pulmonaires s'amendent ; la température qui était aux environs de 38° descend peu à peu, l'abdomen reste tendu, ballonné. — L'état général ne s'améliore pas, au contraire, je trouve que le malade baisse visiblement, et devant la persistance des phénomènes abdominaux, le 12 mars, *dix-sept jours après l'accident*, je décide d'intervenir le lendemain.

Le 13 mars, l'état est toujours aussi misérable, je n'ose pas donner de chloroforme, et je me borne à anesthésier la peau par une injection de cocaïne.

Le ventre étant uniformément distendu et surtout saillant dans la région sous-ombilicale, je pratique sur la ligne médiane et au-dessous de l'ombilic une incision de six centimètres environ qui donne issue à 300 grammes de liquide d'un brun verdâtre, mélangé de quelques fausses membranes de même couleur. Toute la cavité péritonale est tapissée de ces mêmes productions membraneuses ; c'est à peine si on peut reconnaître et dissocier quelques anses intestinales en remontant vers la région de la vésicule biliaire que je soupçonne rupturée.

L'état du malade ne permet pas d'aller plus loin ; je me borne à con-

duire vers cette région un gros tube à drainage par lequel je fais passer deux litres d'eau boriquée à 40°. Le tube est laissé en place; l'incision rétrécie par un point de suture à ses deux extrémités; pansement iodoformé. Toniques, injections de caféine.

Le lendemain, le malade se sent soulagé; l'état n'est cependant guère plus brillant.

Le surlendemain 15 mars, la température est tombée à la normale; le faciès est meilleur. Des sueurs abondantes se produisent. Le pansement est traversé par une grande quantité de liquide bilieux.

Les jours suivants, l'état général s'améliore singulièrement; l'écoulement bilieux reste très abondant, le ballonnement du ventre est très diminué; les phénomènes thoraciques s'atténuent aussi d'une manière lente mais continue; pendant deux mois, l'amélioration va s'accentuant chaque jour.

Le 20 mai le malade est méconnaissable; il a énormément engraissé, son ventre a repris sa forme et sa souplesse normale; il ne s'écoule plus qu'un liquide muqueux, d'une teinte jaune d'or, en quantité assez faible pour permettre au pansement de rester quatre ou cinq jours en place sans être changé.

Ce n'est qu'à la fin de juin que cet écoulement cesse tout à fait et que la plaie opératoire se cicatrise entièrement. Le blessé est resté dans nos salles comme infirmier; il est si bien portant qu'on a de la peine à le reconnaître.

Comme dans toutes les observations que je vous ai rapportées ici, il a été impossible de savoir, à cause de la péritonite adhésive, quel était le point des voies biliaires qui avait été rompu, et la rupture n'est cependant pas douteuse.

L'état général grave du malade a empêché M. Michaux d'intervenir de suite, il en exprime ses regrets, et pense qu'à l'avenir, il y aurait avantage à se hâter, mais je lui répondrai que le diagnostic de la rupture est presque impossible dans les premiers moments; que si l'on peut porter d'emblée le diagnostic de rupture des voies biliaires, je me range à son avis, et crois aussi que l'intervention précoce est à conseiller.

Il fait suivre son observation d'une analyse complète du liquide, il y aurait d'après la chimie des probabilités pour que la bile vînt de la vésicule.

En fin de compte, le malade de M. Michaux, comme tous ceux auxquels on a fait une intervention tardive a guéri, on ne peut pas demander beaucoup mieux.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Michaux, de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

Les conclusions du rapport de M. Routier sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. Choux, médecin-major, donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Hernie inguinale congénitale étranglée d'emblée; kélotomie; cure radicale; guérison.*

(Commission : MM. Terrier, Routier et Berger, rapporteur).

Présentation de malade.

M. Hartmann, chirurgien des hôpitaux, présente une malade qui a été atteinte d'une *luxation spontanée* dans le cours d'une coxite aiguë.

(Commission : MM. Chauvel, Bouilly et Kirmisson, rapporteur).

Présentation d'appareil.

Appareil pour la stérilisation des sondes pour l'acide sulfureux.

M. Forgue. L'appareil se compose d'une grande éprouvette à pied destinée à servir de chambre close pour les vapeurs désinfectantes d'acide sulfureux. La clôture hermétique est assurée au moyen d'une plaque circulaire de verre rodé, fermant à l'émeri et appuyée solidement sur le pourtour supérieur de l'éprouvette par deux vis de pression : l'une de ces vis forme pivot de rotation, sur lequel tourne la plaque lorsqu'on veut ouvrir l'éprouvette. Pour plus exacte fermeture, il serait avantageux d'oindre le bord supérieur de l'éprouvette avec un enduit occlusif composé de vaseline et de paraffine : grâce à ce corps gras, dont l'aseptisation serait facile à maintenir par l'ébullition fréquente au bain-marie, le jointement du couvercle serait parfait. Deux tubulures latérales se branchent sur l'éprouvette : la tubulure supérieure est destinée à recevoir, grâce à un tube de communication, le gaz sulfureux produit, soit par la réaction de l'acide chlorhydrique sur les sulfites, soit par le chauffage de sciure de bois imprégnée d'acide sulfurique. Le gaz circulant et remplaçant progressivement l'air de l'éprouvette s'échappe par la tubulure inférieure : on ferme alors le robinet qui commande celle-ci et l'on continue pendant quelque temps à faire arriver des vapeurs d'acide sulfurique qui se mettent en légère tension dans l'éprouvette.

La disposition intéressante paraît résider dans le porte-sondes : c'est une véritable chaudière tubulaire, simplement composée de tubes de verre solidarisés par deux plateaux perforés d'ébonite et rangés concentriquement autour d'une tige de verre centrale qui est l'axe de ce système et sert à l'extraction. Dans chaque tube, d'inégale section, une sonde, de différent calibre, peut être placée, pendue verticalement et soutenue, soit par le renflement terminal qui répond à son pavillon, soit par une petite bague facile à tailler d'un coup de ciseaux dans un tube de caoutchouc. Grâce à ce système tubulaire, chaque sonde a son compartiment de désinfection dans l'atmosphère duquel elle baigne librement : il n'y a point à craindre que la stérilisation soit empêchée par les points de tangence qui s'établissent forcément si l'on procède à la désinfection des sondes par paquets plus ou moins agglomérés.

Ce n'est assurément point un appareil portatif : c'est une sorte de chambre fixe de désinfection, où le praticien fait passer ses sondes après chaque souillure et les laisse séjourner jusqu'au prochain usage ; elles n'en sortent que pour entrer dans ces tubes de verre qui sont aujourd'hui d'un emploi courant comme récipient aseptique. Les deux tubulures latérales peuvent paraître d'un travail trop fragile de verrerie : il y a là une simplification facile à réaliser ; il suffira de les remplacer par un tube de verre coudé ; une pince à burettes, des modèles de Mohr ou de Scheibler, étreignant un tube de caoutchouc, assurera, plus simplemont que le jeu de robinets, l'arrivée et l'issue du gaz sulfureux. Ajoutons que la composition exclusive de l'appareil en matières inattaquables et d'aseptisation très aisée confère des garanties parfaites de stérilisation.

Présentation de pièces.

M. Desnos présente des pièces relatives à des recherches expérimentales faites par lui sur l'*électrolyse de l'urèthre*.

(Commission : MM. Delorme, Marchand et Tuffier, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire annuel,

E. Kirmisson.

Séance du 12 avril 1893.

Présidence de M. Lucas-Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Éléments d'Ophtalmologie à l'usage des médecins praticiens*, par M. Gayet (de Lyon). Un volume in-8° de 488 pages (G. Masson, éditeur, Paris, 1893) ;

3° Lettres de M. Quénu, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ; de M. Terrillon, demandant un congé de deux mois pour cause de santé ; de M. Terrier, demandant un congé de trois semaines pour service d'examen ;

4° *Gastro-entérostomie et Pylorectomie*, par M. Dubourg (de Bordeaux) ; (M. Reclus, rapporteur) ;

5° *Remarques sur l'emploi des pessaires vaginaux*, par F.-L. Neugebauer. Brochure en allemand de 90 pages. Leipzig, 1893 (Extrait des *Arch. f. Gynäkologie*, t. XLIII).

Rapport.

Contusion de l'abdomen. Perforation intestinale. Laparotomie précoce. Suture. Guérison, par M. P. Michaux, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. Jalaguier.

Le malade qui fait le sujet de cette observation vous a été présenté par M. Michaux, dans la séance du 27 janvier 1892. Dans la séance suivante (3 février), M. Michaux a lu devant vous un mémoire contenant l'observation complète et diverses considérations sur la conduite à tenir pour les cas *moyens* de contusion abdominale.

Je tiens à faire remarquer, afin d'éviter toute confusion, qu'un résumé de cette observation qui appartient à M. Michaux, se trouve publié à la page 108 de la thèse de M. Edouard Adler soutenue le 4 mai 1892 [Ed. Adler, De la laparotomie exploratrice d'urgence pour les traumatismes de l'abdomen (*Thèse de Paris*, 1892, n° 169)]. Il ne me paraît pas inutile de donner ici l'observation complète telle qu'elle a été rédigée par M. Michaux lui-même.

Observation. — Le nommé Brossard (Narcisse), âgé de 33 ans, mécanicien à la Compagnie de l'Ouest, se trouvait le 29 novembre, à huit heures du soir, sur la machine d'un train de marchandises qu'il ramenait au dépôt, lorsqu'il croisa le train d'Argenteuil qui rentrait en gare.

Un crochet de fer appelé ringard, mal posé sur le tender de ce train, heurta la capote métallique qui protégeait notre mécanicien, et se brisant avec un grand choc, vint frapper Brossard à la partie supérieure droite de l'abdomen, un peu au-dessous du rebord costal.

Renversé presque sans connaissance, notre blessé fut amené vers neuf heures à l'hôpital Beaujon, où les internes du service le trouvèrent dans un état de choc intense, avec une stupeur marquée, et un pouls petit, à peine sensible, qui leur parurent des contreindications formelles à une intervention immédiate. On se borna à réchauffer le malade. A la visite du lendemain, je trouve le blessé remis de son choc; le pouls est plein, sans fréquence, 80 à 84 pulsations, la température normale; le ventre est plat, non ballonné, douloureux seulement dans la région de l'hypochondre droit au-dessous du foie; il n'y a aucun signe de contusion de la paroi. La connaissance est parfaite, le malade répond bien aux questions qui lui sont posées, ne se plaignant que de la douleur sous-hépatique, qui s'accroît encore à la moindre pression exercée sur la région.

Il ne souffre pas dans la région des reins; on a dû sonder le malade; les urines sont normales, elles ne renferment pas de sang. Il n'y a pas eu de vomissements, ni de selles.

L'état général est donc bon, cependant la physionomie porte encore des traces profondes du traumatisme violent subi la veille; la face est pâle, les yeux profondément excavés, cerclés de noir. Le malade n'avait pas mangé depuis midi quand l'accident est arrivé.

Me basant sur l'intensité du traumatisme, sur le choc qui l'a accompagné, je dis au malade que je soupçonne une déchirure de l'intestin pour laquelle je ne vois pas d'autre remède qu'une laparotomie exploratrice, qu'il accepte en pleine connaissance, et que je pratique séance tenante avec les instruments du service qu'on stérilise en toute hâte.

L'opération est faite avec le concours des internes du service, MM. Adler et Veslin, vers onze heures du matin.

Les signes favorables que j'ai énumérés plus haut me paraissaient justifier absolument mon intervention.

Pour être à même de mieux explorer l'abdomen, je fais sur la ligne

blanche une incision de 18 à 20 centimètres, dont la moitié est située au-dessus de l'ombilic et l'autre moitié au-dessous.

Le péritoine incisé, de tous les points de sa cavité s'échappe une quantité de sang noir que j'évalue à un litre environ; avec de grandes éponges, j'en retire encore près d'un demi-litre occupant la région des flancs et le petit bassin.

L'hémostase nous semble complète, mais à part une petite déchirure de l'épiploon et du mésentère, nous ne voyons pas bien la cause de l'hémorrhagie. Nous procédons alors à une exploration attentive de l'épiploon et de l'intestin.

La déchirure du grand épiploon est peu étendue; elle donne encore quelques gouttes de sang; nous y mettons une ligature au catgut.

Les anses de l'intestin grêle sont alors attirées au dehors et successivement dévidées. Pendant que j'inspecte une des faces, M. Alder inspecte l'autre, et nous procédons avec beaucoup de rapidité. — A mesure que les anses sont examinées, nous les recouvrons de compresses de toile trempées dans l'eau bouillie encore bien chaude.

Nous observons encore une petite déchirure du mésentère qui ne donne pas de sang et, près du cæcum, une bride fibreuse grosse comme une plume de corbeau qui eût certainement un jour ou l'autre été l'origine d'un étranglement interne. Elle est coupée entre deux ligatures.

L'intestin grêle est bien intact; j'arrive au cæcum, que j'explore facilement ainsi que le colon descendant et le colon transverse. Le gros intestin est intact, mais dans la région sous-hépatique, j'aperçois à l'angle du colon transverse et du colon ascendant, une déchirure de la bandelette musculaire longitudinale antérieure, qui est divisée sur une étendue de 4 à 5 centimètres.

Puis, tout au près, dans les franges épiploïques du gros intestin, je ramasse une petite plaque de matières fécales, dures, aplaties, de 5 à 6 millimètres carrés.

Il n'y a plus de doute, il existe une perforation intestinale. En effet, en examinant avec soin cette région du colon ascendant, je trouve presqu'au niveau de l'angle, sur la face postérieure, près du bord externe, une perforation de 15 millimètres environ, perpendiculaire à l'axe de l'intestin.

L'écartement des lèvres mesure environ 6 millimètres. Les bords sont amincis et noirâtres; la muqueuse n'a aucune tendance à faire hernie.

L'intestin est assez facilement amené au dehors, les parties voisines soigneusement protégées.

Trois points de suture au fil de soie rapprochant la tunique musculaire en avant au niveau de la bandelette antérieure, puis douze points de suture de Lembert sont disposés pour fermer la perforation. Pour renforcer cette suture, je fixe encore par-dessus, à l'aide de trois ou quatre points, un lambeau épiploïque qui se trouve à portée.

Une exploration rapide et attentive me permet de m'assurer que la vésicule biliaire est intacte et qu'il n'y a aucune déchirure appréciable du foie ni de la rate.

Nous nous hâtons de rentrer les intestins dans le ventre et, sans faire de lavages, nous refermons la paroi à l'aide d'un double plan de sutures.

L'opération a été faite avec toute la rapidité dont j'étais capable; chloroformisation et pansement compris, elle n'a pas duré plus d'une heure et demie.

Les suites ont été très satisfaisantes, pendant quarante-huit heures le malade a été tenu à la diète absolue à part quelques cuillerées à café de champagne toutes les trois heures et quelques petits morceaux de glace; pendant trois jours encore nous ne lui avons donné que quelques cuillerées de lait froid et de gelée de viande. Pilules d'opium à l'intérieur.

L'opération a été bien supportée, le malade s'est bien réchauffé. La température, d'abord un peu au-dessous de 37° (36°8, 36°7), est ensuite remontée à 37°4; elle n'a atteint 38° qu'un seul jour.

A partir du cinquième jour, le malade a été alimenté avec 60 grammes de peptone dans du lait aromatisé, puis avec des bouillons concentrés. Au quinzième jour, il mangeait cinq à six œufs par jour indépendamment des peptones. Son intestin a été débarrassé par un verre d'eau de Sedlitz vers le huitième jour sans aucun inconvénient; depuis, les selles sont devenues naturelles.

Pendant tout le temps qu'il est resté au lit, il a fallu le sonder.

Depuis quinze jours, il a commencé à se lever; sa plaie abdominale est complètement fermée.

M. Michaux fait suivre cette observation de quelques considérations intéressantes sur la conduite à tenir dans les cas *moyens* de contusion abdominale; il adopte, en effet, comme je l'ai fait moi-même dans mon article du *Traité de chirurgie*, la division de M. Moty en cas *graves*, *moyens* et *légers*, et il range le cas qui fait le sujet de son observation dans le groupe des cas *moyens*, non sans faire observer, avec juste raison, que la délimitation de ce groupe est des plus élastiques et des plus difficiles; en effet, chez son malade, malgré une perforation d'un centimètre et demi et la présence dans le péritoine d'un litre et demi de sang, il n'existait, d'après M. Michaux, aucun signe de perforation intestinale ou d'hémorrhagie interne (j'aurai quelques réserves à émettre sur cette manière de voir); il est vrai, comme le remarque encore M. Michaux, que la rupture siégeait sur le gros intestin et que le blessé n'avait pas mangé depuis six ou sept heures, et cependant quelques parcelles de matières fécales s'étaient échappées dans le péritoine. Lorsque M. Michaux vit le blessé, son pouls était relevé, fort, plein, peu fréquent (80 à 84 pulsations), la température normale, la connaissance parfaite; le faciès seul était pâle (mais, ajoute M. Michaux, le malade prétendait que c'était son teint habituel), les yeux étaient excavés et cerclés de noir. Du côté de l'abdomen il n'y avait pas de

ballonnement, mais seulement une douleur sous-hépatique s'accroissant encore à la moindre pression. J'aurais aimé trouver quelques renseignements un peu plus précis sur l'état de relâchement ou de contracture des muscles abdominaux et aussi sur l'amplitude et le nombre des mouvements respiratoires.

Quoi qu'il en soit, le parti à prendre était discutable, et nombre de chirurgiens se seraient sans doute prononcés pour l'abstention. Notre collègue se décida à intervenir, poussé, nous dit-il, par le souvenir d'un autre cas observé récemment et que je vous demande la permission de résumer brièvement :

Le 5 novembre 1891, un homme de 33 ans est renversé par une barrique de vin qui lui passe sur le ventre; après un état de shock assez prolongé, le blessé se réchauffe, le pouls devient bon, fort, peu fréquent. Pas de vomissements, pas de signes de réaction péritonéale. Cet état se maintient les 6 et 7 novembre; cependant, la température monte à 38°. Le 8 novembre, M. Michaux trouve le faciès un peu altéré et le ventre un peu ballonné, le pouls restant plein entre 80 et 90 pulsations et le thermomètre marquant 38°. La laparotomie est pratiquée et on trouve une péritonite généralisée, un intestin recouvert de fausses membranes purulentes, et une perforation de l'intestin grêle bouchée par une hernie de la muqueuse. Toilette du péritoine, lavage à l'eau bouillie, suture de la perforation. Mort dans la nuit. M. Michaux ajoute : « Il n'est pas douteux pour moi que si j'avais opéré ce malade à son entrée, il eût guéri. »

Après avoir rapproché ces deux faits, M. Michaux termine son travail par les conclusions suivantes :

« Je puis hardiment conclure que l'intervention chirurgicale est absolument indiquée dans les cas *moyens* de contusion abdominale. Si des perforations et un épanchement sanguin, comme il en existait dans mes observations, peuvent exister sans se traduire par des signes appréciables, la laparotomie *exploratrice* s'impose... Il faut de toute nécessité opérer de bonne heure, dans les quinze ou vingt premières heures, dès que le malade est remis du shock. »

A première vue, ces conclusions sont parfaitement légitimes; je ferai observer seulement qu'elles visent les cas *moyens* de contusions abdominales; or, dans la pratique, cette catégorie de faits n'a pu, jusqu'ici, être établie qn'après coup : en effet, tant que la réaction péritonéale ne s'est pas montrée, rien ne distingue, en clinique, la plupart des cas *moyens* qui réclament une intervention aussi hâtive que possible, des cas *légers*, très nombreux, qui guérissent tout seuls et pour lesquels on ne peut songer à faire une laparotomie. Pour que la règle formulée par M. Michaux pour les *cas moyens* fût inattaquable, il faudrait qu'il indiquât un procédé

pour différencier cliniquement, dans les premières heures, un *cas moyen* d'un *cas léger*; or, bien au contraire, il reconnaît lui-même, comme je l'ai noté plus haut, combien est élastique et difficile la délimitation du groupe des *cas moyens*.

En ce qui me concerne, après avoir examiné la plupart des observations publiées de contusions abdominales, aussi bien les *cas graves* que les *cas moyens* et les *cas légers*, ces derniers, je le répète, sont de beaucoup les plus fréquents; et après avoir observé moi-même un certain nombre de blessés atteints de contusions abdominales, j'en suis resté, avec M. Chavasse, avec M. Chauvel, avec M. Moty, aux conclusions que j'ai cherché à formuler, il y a deux ans, dans le *Traité de chirurgie :*

Intervenir d'emblée, aussitôt après l'accident, quand il y a des symptômes de perforation intestinale ou d'hémorrhagie interne, cela va de soi, quelque déplorable que puisse être le pronostic de l'intervention.

Intervenir encore après un traumatisme intense, avant l'apparition de la réaction péritonéale, si l'état du shock se prolonge, si la respiration est accélérée, s'il y a désaccord entre le nombre et la force des pulsations cardiaques et le degré de la température, surtout s'il existe, en même temps une douleur vive et persistante, spontanément ou à la pression, dans une région de l'abdomen.

Quand la réaction péritonéale se manifeste, l'indication est formelle, mais il faut bien savoir que si, dans quelques circonstances, les symptômes péritonéaux se montrent au complet, avec leur physionomie habituelle, il n'est pas rare de n'observer rien autre chose qu'une altération du faciès, un certain degré d'anxiété et d'agitation avec respiration accélérée et incomplète; souvent, en même temps, le pouls est rapide et la température peu élevée; du côté de l'abdomen, on remarque seulement une douleur plus ou moins vive, et le ventre peut être sans météorisme; bien au contraire, souvent il est plat et même excavé par la contracture des muscles des parois abdominales.

Dans ces conditions, plus la laparotomie sera hâtive, plus elle aura chance de sauver le blessé. Mais, je ne crains pas de le répéter, du moment où les *cas moyens* et les *cas légers qui sont les plus nombreux*, ne peuvent être la plupart du temps distingués dans les premières heures après l'accident, je pense avec M. Moty qu'il serait dangereux de poser en principe qu'une *laparotomie exploratrice* doive être pratiquée de prime-abord chez les blessés atteints de contusion abdominale. Il est sage d'attendre une indication, mais il faut la chercher avec soin, car elle est souvent délicate à apprécier.

Pour en revenir à l'observation de M. Michaux, les renseigne-

ments recueillis sur la violence de traumatisme et sur l'intensité et la durée des phénomènes de shock ; la douleur sous-hépatique s'accroissant à la moindre pression, l'aspect du malade, fâce pâle, yeux profondément excavés et cerclés de noir constituaient, à mon avis, un ensemble suffisant à faire soupçonner une lésion grave intra-abdominale et une indication formelle à la laparotomie.

Cela dit, Messieurs, je ne saurais trop féliciter M. Michaux du sens clinique dont il a fait preuve et du brillant résultat qu'il a obtenu.

A ce propos, j'ai recherché les cas connus jusqu'à ce jour, de guérison par laparotomie et suture de ruptures intestinales suite de contusion ; je n'ai pu en trouver que *six*, dont *trois* appartiennent à des chirurgiens français. Les voici, par ordre de publication :

Moty, *Bull. de la Soc. de chir.*, janvier 1890, n° 1, p. 48 (Présentation du malade).

Croft, *Clin. Soc. of Lond.*, 14 mars 1890 et *the Lancet*, 22 mars 1890, p. 650.

Iahoda, *Wien. kl. Woch.*, 1891, n° 45, p. 837.

Iahoda, *Wien. kl. Woch.*, 1891, n° 45, p. 837.

Michaux, *Bull. de la Soc. de chir.*, 27 janvier 1892 (Présentation du malade).

Ch. Nélaton, *Bull. de la Soc. de chir.*, 5 octobre 1892 (Présentation du malade).

Je pourrais ajouter un septième cas de guérison, c'est celui de la jeune fille que je vous ai présentée dans la séance du 30 décembre 1891. Je pratiquai la laparotomie médiane le *sixième* jour, en pleine péritonite purulente. La perforation intestinale due à un choc sur l'angle d'une planche siégeait sur la face postéro-inférieure du cœcum ; elle était très étroite et environnée d'adhérences rendant impossible ou du moins très dangereux d'amener l'intestin au dehors. Je jugeai plus prudent, après lavage du péritoine, d'établir un drainage de Mikulicz. La guérison fut rapide et complète (1).

Discussion.

M. Verneuil. A propos de la première observation de M. Michaux, M. Jalaguier a montré combien il était difficile d'établir une ligne de démarcation entre les cas légers, moyens et graves de contu-

[1] Jalaguier, Péritonite purulente consécutive à une rupture traumatique du cœcum. Laparotomie médiane; lavage du péritoine. Guérison. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 30 décembre 1891, p. 800.)

sion abdominale ; je désirerais savoir si la température a été notée ; car l'hypothermie constituerait un indice important pour la gravité des lésions

M. Jalaguier. La température était normale.

Les conclusions du rapport de M. Jalaguier sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

Compresse de gaze iodoformée ayant séjourné cinq mois dans l'intestin grêle. Résection de l'intestin. Extraction de la compresse. Suture, par M. Michaux, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. Jalaguier.

Le 23 mars 1892, notre collègue, M. Pilate (d'Orléans), nous communiquait la curieuse observation d'une malade chez laquelle une compresse oubliée dans l'abdomen au cours d'une laparotomie était sortie spontanément par le rectum, six mois et demi plus tard. Dans la séance du 30 mars 1892, M. Michaux nous lisait l'observation suivante qui est comme le complément de celle de M. Pilate :

J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une mèche de gaze iodoformée de 35 centimètres de long, pliée en quatre, que j'ai extraite vendredi dernier de l'intestin grêle d'une malade du service de M. Labbé. Voici l'histoire abrégée de cette malade d'après les notes très complètes qui m'ont été remises fort obligeamment par M. Lafourcade, interne du service et aide d'anatomie de la Faculté.

Observation. — Cette malade, âgée de 24 ans, est venue trouver M. Lafourcade le 15 mars dernier pour des douleurs très vives siégeant dans le bas-ventre. En l'interrogeant, nous apprenons : 1° qu'elle a déjà subi dans le service d'un de nos collègues les plus distingués, au mois de septembre, une ovariotomie double peut-être un peu incomplète à gauche pour une salpingite blennorrhagique ; 2° que, comme elle continuait à souffrir, le toucher vaginal indiquant encore une masse indurée à gauche, on a pratiqué l'hystérectomie vaginale suivant les indications de MM. Péan et Segond.

La malade a fort bien guéri de ces deux opérations, mais trois ou quatre semaines après son hystérectomie vaginale, elle recommençait à souffrir. Ses douleurs sont continues, exagérées par la marche et les fatigues de toutes sortes ; elles sont si violentes que la malade ne peut se livrer à aucune occupation et qu'elle vient réclamer encore les secours de la chirurgie.

Après l'avoir soigneusement examinée à plusieurs reprises avec M. Lafourcade, nous avons cru sentir un peu haut une masse un peu diffuse du volume d'une petite mandarine mal circonscrite et nous avons pensé tous deux qu'il s'agissait sans doute d'*adhérences intestinales*. Il n'y avait d'ailleurs eu à aucune époque, ni symptômes de réaction péritonéale, ni signes d'obstruction. Pendant les dix jours que nous passons à l'examiner, sa température est normale et c'est encore une des raisons pour lesquelles je rejette l'existence d'un abcès, me rattachant plutôt à l'idée d'adhérences en plaques de l'intestin.

Le repos et le traitement médical étant demeurés sans résultat, nous proposons à la malade d'intervenir à nouveau. Cette intervention est acceptée et pratiquée le 25 mars avec le concours de M. Lafourcade et de M. Vercoustre, internes du service.

Laparotomie médiane au niveau de la cicatrice de la première opération. Nous retrouvons encore les fils de soie qui ont servi à la suture profonde. L'épiploon adhérent sur la ligne médiane est décollé et il est facile de constater, à la partie supérieure du petit bassin, un peu à gauche de la ligne médiane, la masse diagnostiquée que nous reconnaissons bientôt pour être formée par des anses intestinales agglutinées entre elles. Une première anse est facilement décollée avec le doigt et réduite dans la cavité péritonéale, mais la masse principale est pour ainsi dire inextricable. En la libérant un peu, nous arrivons, non sans peine, à la faire saillir au niveau de l'incision. Bientôt il devint impossible d'aller plus loin. Prenant alors le bistouri, je décolle sous mes yeux les anses agglutinées, formant une sorte de huit de chiffre absolument compliqué et inextricable. Au cours de cette dissection lente et laborieuse le sommet de l'anse principale est ouvert, et je reconnais immédiatement par cette déchirure une compresse de gaze iodoformée manifestement contenue dans la cavité de l'intestin grêle; nous procédons alors à une libération plus rapide au cours de laquelle les sommets de deux anses adhérentes à la première se trouvent intéressés.

Le tout est bien isolé de la cavité péritonéale par des éponges montées. L'anse contenant la compresse est libérée entièrement non sans peine ; elle est ouverte sur une telle étendue que la résection s'impose; après avoir extrait la mèche iodoformée que je vous présente, je résèque donc 10 à 12 centimètres de longueur d'intestin grêle et je pratique l'entérorraphie circulaire aussi exacte que possible. Les deux anses ouvertes à leur sommet sont aussi fermées par 7 ou 8 points de suture de Lembert. L'anse bien libérée est soigneusement nettoyée avec des éponges et du sublimé chaud très étendu. Nous rentrons tout dans le ventre qui est refermé. L'opération a duré deux heures et quart.

Les jours suivants, les suites sont bonnes ; la température reste à 37° ou aux environs ; la langue est humide ; la figure très satisfaisante. Le dimanche matin, la température tombe à 36°,5, mais, grâce à des piqûres de caféine et à des linges chauds, la malade se remonte ; la

température est à 37°; elle y était encore ce matin. Cependant depuis lundi elle a quelques légers vomissements, et, ce matin, nous avons constaté l'existence d'une toute petite fistule stercorale qui, je l'espère, s'arrangera seule. La malade est d'ailleurs très difficile à soigner; elle réclame toujours à boire et même elle a crevé les vessies de glace disposées sur son ventre pour sucer la glace qu'elles renfermaient.

Nous sommes à la fin du cinquième jour, j'espère bien qu'elle va se tirer d'affaire, et en raison de l'intérêt du fait, je n'ai pas voulu attendre davantage pour communiquer cette observation.

Évidemment il s'agit d'une mèche de gaz iodoformée provenant du pansement de l'hystérectomie vaginale qui a pénétré dans la cavité péritonéale d'abord, puis, dans une anse intestinale. Chose curieuse, malgré l'intrication des anses adhérentes et le volume de cette mèche, il n'y a pas eu d'accidents d'obstruction intestinale; je ne crois pas d'ailleurs en raison des plicatures de l'intestin adhérent que la mèche eût pu cheminer et être expulsée spontanément par le rectum.

Un mois et demi environ après cette intervention, la malade a succombé à des accidents de péritonite chronique septique, ne s'étant jamais bien remise depuis son opération. A l'autopsie, tous les intestins étaient agglomérés par des fausses membranes.

Dans cette observation comme dans celle de M. Pilate, la migration de la compresse dans l'intestin est un fait indéniable; je me suis demandé par quel mécanisme un corps souple et mou comme un morceau de linge pouvait traverser la paroi intestinale, et pour élucider ce point de physiologie pathologique, j'ai fait avec mon interne, M. Mauclaire, une série d'expériences sur des chiens et sur des lapins.

Notre travail a été présenté, il y a quelques jours, par M. Mauclaire (1), à la Société anatomique, avec pièces et figures à l'appui.

Un fait général se retrouve dans toutes les expériences, c'est qu'une compresse introduite allongée au milieu des anses intestinales ne tarde pas à être roulée en boule, de manière à former une masse serrée, de consistance dure.

Cette masse s'entoure complètement de néo-membranes vasculaires, d'adhérences qui, dans la plupart des cas, l'appliquent étroitement sur une anse intestinale, au point de produire quelquefois une saillie considérable dans la cavité de l'intestin : sur *huit* lapins nous avons introduit dans le péritoine des compresses, soit de gaze au salol ou à l'iodoforme, soit de toile, simplement bouillie. Les animaux ont été sacrifiés *deux* mois après l'opération

[1] Jalaguier et P. Mauclaire, Recherches critiques et expérimentales sur des compresses et éponges abandonnées dans la cavité péritonéale. (*Bull. de la Soc. anat.*, 10 mars 1893.)

et, sur *trois* d'entre eux nous avons trouvé la paroi intestinale plus ou moins soulevée par le corps dur représentant la compresse. Dans un cas même la saillie faite dans l'intérieur de l'intestin était de plus d'un centimètre, de sorte qu'il s'en fallait de bien peu que la compresse ne fût tout à fait engagée dans la cavité intestinale. C'est ce qui serait arrivé sans nul doute, si nous avions attendu quelques semaines pour sacrifier l'animal.

En effet, les choses étant ainsi disposées, on conçoit qu'il suffise de la moindre ulcération de la muqueuse soulevée ou simplement d'une infection propagée de la cavité intestinale à la poche qui contient la compresse, pour que la pénétration devienne un fait accompli. Du reste, s'il ne nous a pas été donné d'observer la migration complète au niveau de l'intestin, nous avons pu l'observer au niveau de l'utérus sur une chienne : la bête commençait une grossesse quand des compresses de gaze au salol furent introduites dans l'excavation pelvienne ; elle mit bas six semaines plus tard, et, quand elle fut sacrifiée trois mois après le début de l'expérience, nous pûmes voir l'utérus englobé dans une masse de néo-membranes et des mèches de gaze en partie libres dans l'intérieur de la cavité utérine.

En résumé, la migration de la compresse dans l'observation de M. Michaux, comme dans celle de M. Pilate, s'explique par ce fait que les compresses brassées et roulées par les mouvements intestinaux arrivent à former des masses arrondies, serrées et résistantes, qui se comportent à l'égard de la paroi intestinale comme les corps étrangers les plus durs.

A un point de vue différent, nos expériences ont donné un autre résultat pratique : elles ont montré la tolérance parfaite du péritoine pour les compresses antiseptiques (salol, iodoforme), ou simplement aseptiques (compresses de toile bouillies) ; en effet, sur *deux* chiens et *huit* lapins nous n'avons pas observé le moindre accident post-opératoire.

Il en a été tout autrement dans les expériences faites avec des éponges ; — ces éponges avaient subi la préparation à laquelle on les soumet d'habitude en vue des laparotomies, mais on sait combien il est difficile d'obtenir leur stérilisation absolue ; — or, sur *cinq* lapins, *quatre* succombèrent, l'*un* au bout de quatre jours, *deux* au bout de six jours ; *un* au bout de seize jours. Un seul survécut.

Je ferai remarquer en passant, que sur ce dernier lapin dont le péritoine avait reçu plusieurs fragments d'éponge et qui fut tué quatre mois plus tard, il fut impossible à M. Mauclaire de trouver la moindre trace des corps étrangers ; de plus, il n'existait entre les anses intestinales aucune adhérence ni aucune trace quelconque

indiquant leur passage dans l'intestin, et, malgré les recherches les plus attentives, on ne put trouver rien d'anormal dans le reste de la cavité abdominale. Il faut admettre que dans ce cas les fragments d'éponges ont été résorbés.

Communication.

Polype naso-pharyngien. Trachéotomie préventive. Tamponnement du pharynx. Extirpation par la voie palatine. Guérison,

Par M. le Dr Picqué.

Le nommé Leroy, François, âgé de 17 ans, garçon menuisier, entre le 16 juillet 1890 à l'hôpital Lariboisière, Salle A. Paré, nº 1, dans le service de M. le docteur Périer que j'avais l'honneur de suppléer.

Le début de l'affection remonte à environ deux ans : déjà, depuis quelque temps, le malade éprouvait une certaine difficulté à respirer, lorsqu'il fut pris subitement d'une hémorragie redoutable qui dura trois jours et le laissa pour ainsi dire exsangue. Deux mois après, une deuxième hémorragie presque aussi abondante se produisit. Depuis, les hémorragies se sont répétées ainsi tous les deux ou trois mois : en dix-huit mois, le malade en a compté huit. La dernière remonte au mois de janvier 1890.

État actuel : l'état général du malade est assez satisfaisant.

Les troubles fonctionnels qu'il accuse sont caractérisés surtout par une impossibilité presque absolue de la respiration nasale. Il existe une céphalalgie frontale et orbitaire droite intense, un affaiblissement notable de l'ouïe du même côté et des bourdonnements d'oreille.

Lésions physiques : le nez ne présente pas de déformation appréciable à la vue.

Le sillon naso-génien n'est pas effacé.

L'introduction du doigt dans la narine droite permet d'arriver cependant sur une portion dure faisant saillie dans son calibre, libre de toutes parts et qui n'est autre qu'un prolongement de la tumeur.

Il n'existe pas d'exophtalmie ni de saillie de la paroi externe du sinus maxillaire. L'examen de la cavité buccale ne révèle rien à l'inspection ; le voile du palais ne fait aucune saillie.

L'examen digital du pharynx nasal n'est possible que sous le chloroforme et cet examen n'est pas sans présenter quelque danger en raison des phénomènes asphyxiques qui se produisent de suite.

Néanmoins il est facile de constater l'existence d'une tumeur du volume d'une grosse noix implantée sur l'apophyse basilaire se continuant en avant avec le prolongement nasal.

La crainte de nouvelles hémorragies semblables à celles qui ont déjà mis à plusieurs reprises sa vie en danger, les troubles fonction-

nels (gêne respiratoire et douleurs) poussent le malade à demander avec insistance une intervention chirurgicale que je pratique le 11 septembre, avec l'assistance de M. le docteur Gougenheim, médecin à l'hôpital Lariboisière, qui avait bien voulu me confier le malade.

Je crus devoir pratiquer tout d'abord l'ouverture de la trachée pour me mettre à l'abri d'une hémorragie possible au cours de l'opération.

Ce temps de l'opération fut rapidement fait et ne présenta aucune particularité notable. Une canule tampon de Trendelenburg fut appliquée et fonctionna bien tout le temps de l'opération. Le chloroforme fut administré par la canule.

Renversant alors la tête par le procédé indiqué par Rose, je pratiquai l'opération par la voie palatine.

Le voile du palais fut incisé jusqu'à la luette que je respectai : la muqueuse palatine incisée et la voûte osseuse ruginée dans son tiers postérieur, je me servis du ciseau et du maillet pour emporter cette portion osseuse. La tumeur se trouva ainsi mise à découvert.

Il ne me resta plus qu'à en pratiquer l'ablation, ce que je fis à l'aide d'une forte rugine, procédé que je préférai à d'autres à cause de sa rapidité.

Ce temps fut particulièrement périlleux et j'estime qu'il ne m'eût pas été possible de mener l'opération à bonne fin sans l'ouverture préalable de la trachée.

L'hémorragie fut en effet d'une abondance terrible. Le sang coulait à flot par la bouche et, la narine. Je terminai la rugination avec une extrême rapidité et, lorsque les dernières parties du fibrome furent réséquées, je fis une compression énergique du pharynx et des fosses nasales à l'aide de la gaze iodoformée par la méthode de Kocher et l'on comprend que le tamponnement eût été impossible sans la trachéotomie préalable.

L'hémorragie s'arrêta de suite.

Dans tout le cours de l'opération, la respiration n'avait pas cessé un instant d'être très régulière.

Le 12 septembre, le malade était un peu affaibli; quelques accès de suffocation bientôt arrêtés par l'insufflation de la canule-tampon.

Le 14 septembre, c'est-à-dire trois jours après l'opération, je retire la canule et supprime la compression.

Le 16 septembre, le malade peut être considéré comme guéri.

Huit jours après l'opération, la plaie trachéo-cervicale est complètement cicatrisée.

Le malade sort guéri le 4 octobre.

Les troubles fonctionnels ont complètement disparu, la céphalalgie, les bourdonnements d'oreille n'existent plus.

M. Gougenheim a eu l'occasion de revoir souvent le malade depuis et a pratiqué à diverses reprises la cautérisation du pédicule.

Je me proposais de pratiquer ultérieurement la restauration de la voûte palatine. Or, j'ai revu le malade en juillet 1892. La tumeur ne s'est pas reproduite, et sous ce rapport on peut considérer le malade

comme absolument guéri. La réparation de la voûte palatine et du voile s'est faite spontanément. Il n'existe plus à l'heure actuelle qu'une très petite fistulette à travers laquelle les solides et les liquides ne passent pas. Le malade présente un très faible degré de nasonnement.

L'examen histologique a été pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de l'asile Sainte-Anne par mon excellent ami le Dr Dagonet, qui a bien voulu me remettre la note suivante :

« Le polype a été mis dans le liquide de Muller et examiné au microscope. Il était formé de tissu fibreux et de tissu muqueux avec de nombreuses cellules à longs prolongements.

« Certains plans avaient un caractère fibreux très marqué avec de larges faisceaux conjonctifs ondulés.

« La tumeur présentait une dilatation très remarquable des vaisseaux capillaires et des veines qui étaient très nombreux et dont la paroi est le siège d'une abondante prolifération des noyaux. Il s'agissait en somme d'un *fibro myxome telangiectasique.* »

Depuis quelques années, la trachéotomie préventive est devenue d'un usage courant à l'étranger, surtout en Allemagne, en Angleterre et en Amérique. Au contraire, malgré les tentatives de Redon et surtout de notre collègue Monod en 1886, cette méthode n'a pu s'implanter chez nous et n'a guère trouvé que des adversaires.

Vraiment l'on ne comprend guère les causes de cet ostracisme.

Les complications prétendues de la trachéotomie n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique et ne valent plus la peine d'être discutées.

D'autre part, les idées un peu théoriques sur lesquelles Trendelenburg en 1870 avait basé sa méthode du tamponnement trachéal, les imperfections de son procédé et de celui de ses imitateurs Michael et Hahn de Berlin, le maniement peu sûr de sa canule, la difficulté qu'avaient souvent les malades à la supporter, peuvent jusqu'à un certain point expliquer les répugnances qu'avaient les chirurgiens français à accepter un procédé aujourd'hui d'ailleurs presque partout abandonné, et surtout à New-York. Mais la trachéotomie simple unie à la méthode de Kocher, c'est-à-dire au tamponnement du pharynx, présente de sérieux avantages et devrait à mon sens être acceptée par tous, surtout pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.

Les inconvénients du tamponnement ont été bien exposés dans la thèse que consacra à ce sujet un de mes anciens internes, Civel, à l'occasion du cas dont je viens de vous entretenir et dans lequel il m'assistait.

Il ne faut pas cependant être exclusif. Chez mon malade, le maniement du tampon fut facile ; certes, il n'est pas commode de

savoir quand le ballon se dégonfle au cours de l'opération, mais on peut parer à cet inconvénient en le gonflant de temps à autre, surtout quand le malade présente quelques phénomènes d'asphyxie. J'ai dit dans la relation de mon cas, que l'anesthésie avait toujours été régulière; cependant de temps à autre, je priais l'aide de regonfler le ballon.

De plus, notre malade supporta facilement le ballon pendant les trois jours que je le laissai en place.

Quant à la pneumonie septique que Trendelenburg prétendait éviter avec son ballon, il est évident que le tamponnement des fosses nasales et du pharynx constitue un moyen bien autrement efficace.

D'autres fois, je reconnais volontiers que la canule-tampon ne présente pas de supériorité sérieuse sur les canules simples au point de vue de l'irruption du sang dans les voies aériennes, surtout avec l'emploi combiné de la méthodo de Kocher. Il n'en est pas moins un adjuvant utile, bon à conserver dans la pratique.

Question de tamponnements mise à part, je crois que la trachéotomie préventive est une opération préliminaire indispensable dans l'ablation des polypes fibreux naso-pharyngiens.

Outre qu'elle permet une anesthésie complète du malade, elle favorise par le tamponnement du pharynx suivant la méthode de Kocher une asepsie complète de la plaie pharyngée et met par conséquent sérieusement à l'abri de la pneumonie septique et d'une façon autrement efficace que par l'emploi du ballon.

Elle prévient encore par le même tamponnement, l'asphyxie par l'irruption du sang dans les voies aériennes.

Cet avantage est loin d'être hypothétique si l'on veut bien se reporter aux cas de mort rapportés dans cette Société par plusieurs auteurs, en particulier par MM. Verneuil et Polaillon. Dans mon cas, il s'agissait d'un fibrome télangiectasique. L'hémorragie avait été formidable au cours de l'opération. Sans la trachéotomie, il avait grande chance de succomber au cours de l'opération, et sans le tamponnement du pharynx, il était exposé à succomber par infection dans les jours qui suivirent.

En conséquence, je crois que la trachéotomie est nécessaire pour donner quelque sécurité à l'opérateur au moment de l'intervention. Le tamponnement du pharynx est également une pratique indispensable pour sauvegarder le malade contre des complications ultérieures et je pense que c'est peut-être à l'oubli de ce complément opératoire si nécessaire à mon sens, que la trachéotomie à laquelle on ne peut tout demander, doit d'être tombée chez nous dans un injuste discrédit.

Discussion.

M. Verneuil. Les cas de polypes naso-pharyngiens autrefois assez fréquents semblent être devenus fort rares dans ces dernières années. J'ai été très partisan des opérations radicales et j'ai préconisé notamment l'ablation du maxillaire supérieur ; mais depuis lors, j'ai complétement changé d'opinion, et suis revenu aux errements de Nélaton, c'est-à-dire aux opérations parcimonieuses pratiquées par la voie palatine, mais avec une modification quant au mode de destruction du polype. Voici à quelle occasion : il s'agissait d'un malade de mon service présentant un polype si développé que j'osais à peine y toucher. La voûte palatine était très distendue; je fendis le palais au thermocautère, et le polype se montra comme un énorme cylindre faisant saillie dans le pharynx. Je réséquai avec l'écraseur, la portion saillante du polype ayant 7 à 8 centimètres de longueur, et cela sans hémorragie ; il restait un tronçon de la tumeur dont je poursuivis la destruction par la cautérisation. Sur ce tronçon, je fis trois ponctions profondes avec le thermocautère ; puis deux à trois fois par semaine, je fis dans les orifices ainsi créés par le thermocautère, des cautérisations avec l'acide chromique. Les différents lobes nasal, temporal et maxillaire de la tumeur disparurent ainsi peu à peu, et le malade guérit sans difformité.

En revanche, un malade auquel j'avais pratiqué l'ablation du maxillaire supérieur et que j'ai eu l'occasion de revoir, présente une difformité très choquante. Les hémorragies qui se produisent dans les opérations radicales, sont souvent formidables. Il semble que ces hémorragies, portant sur l'extrémité céphalique, aient une gravité particulière. C'est un point sur lequel M. Pozzi a autrefois appelé l'attention à propos d'un malade de mon service, qui, le soir même de l'opération, succomba aux suites de l'hémorragie. Le malade dont je parle actuellement ne dut son salut qu'aux injections sous-cutanées d'éther.

Quant à la trachéotomie préventive, elle devient naturellement inutile dans les opérations parcimonieuses. Quand on a pratiqué des cautérisations profondes avec l'acide chromique, on n'a rien à craindre des sécrétions septiques du pharynx.

M. Delorme. Je présenterai dans la prochaine séance un malade auquel j'ai enlevé le maxillaire supérieur pour un énorme polype naso-pharyngien.

M. Monod. M. Picqué a rappelé que j'ai préconisé autrefois la trachéotomie préventive. Depuis ma communication sur ce sujet,

deux fois j'ai appliqué cette pratique ; une première fois avec succès pour l'ablation complète de la langue ; dans un second cas, qui s'est passé l'année dernière, j'ai eu moins lieu de m'en féliciter. Il s'agissait d'un homme qui avait été opéré déjà par moi pour un épithélioma lingual, et qui était atteint de récidive. Le malade était déjà très impressionné à l'idée d'une nouvelle opération ; il fut tellement frappé de ne pouvoir parler qu'il se laissa pour ainsi dire mourir de faim, la mort survint quelques jours après l'opération.

M. Lucas-Championnière. En 1887, j'ai fait la trachéotomie préventive pour l'ablation d'un énorme polype naso-pharyngien. L'opération dura plus de deux heures, et je ne crois pas trop m'avancer en disant que j'aurais perdu mon malade sans cette trachéotomie. Consécutivement la guérison fut complétée par des cautérisations au chlorure de zinc.

M. Berger. J'ai fait une douzaine de fois la résection du maxillaire supérieur, j'ai eu des hémorragies abondantes, mais je n'ai jamais trouvé nécessaire de compliquer l'opération par une opération préventive, comme la trachéotomie. En faisant coucher le malade sur le côté, le sang s'écoule au dehors et n'a pas de tendance à s'introduire dans les voies respiratoires.

M. Lucas-Championnière. Je ferai observer qu'il ne s'agit pas dans la discussion actuelle de l'ablation du maxillaire supérieur ; mais seulement de l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

M. Monod. La trachéotomie préventive peut être défendue à un double point de vue, pour combattre l'entrée du sang dans les voies respiratoires ou pour prévenir la pneumonie septique, et, pour ma part, c'est contre la pneumonie septique que je la crois utile, la position déclive de Rose me paraissant suffisante pour éviter la pénétration du sang dans les voies aériennes.

M. Reynier. J'ai enlevé l'année dernière un polype naso-pharyngien volumineux ayant poussé un prolongement à travers la fente ptérygo-maxillaire, au moyen d'une incision contournant le nez et en défonçant le sinus maxillaire. J'ai eu à combattre une hémorragie très considérable ; je n'avais pas fait la trachéotomie préventive ; mon malade a guéri. En plaçant la tête dans une position déclive, je ne crois pas nécessaire, pour l'ablation du maxillaire supérieur, de pratiquer la trachéotomie préventive. Mais dans l'ablation de la langue, je crois cette dernière opération beaucoup plus utile ; on a beaucoup plus facilement en effet du spasme de la glotte avec arrêt de la respiration. Dans un cas d'amputation de la

langue avec résection du maxillaire inférieur, j'ai vu tout d'un coup la respiration s'arrêter, et il a été nécessaire de faire séance tenante la trachéotomie.

M. Picqué. Il est certain que les méthodes lentes sont en général préférables dans le traitement des polypes naso-pharyngiens. Mais, chez mon malade, le moindre attouchement de la région pharyngienne donnait lieu à des phénomènes asphyxiques. Quant à la trachéotomie préventive, à l'étranger, elle est surtout pratiquée contre la pneumonie septique. La plupart du temps, la canule-tampon est inutile.

Lecture.

M. Verchère donne lecture d'un travail intitulé : *Une observation de trépanation secondaire au deuxième mois après une fracture du crâne ayant amené une hémiplégie complète et des crises épileptiformes ; ablation d'un fragment intra-cérébral ; hémorragie par section de la méningée moyenne; tamponnement intracrânien ; guérison.*

(Commission : MM. Terrier, Lucas-Championnière et Segond, rapporteur.)

Présentation de malade.

M. Monod présente un malade auquel il a pratiqué, il y a deux ans, la suture de la rotule pour une fracture ; les fonctions du membre sont excellentes ; mais il existe une légère mobilité entre les fragments.

M. Lucas-Championnière. Il est à remarquer que ce malade peut relever la pointe du pied, le membre étant dans la demi-flexion ; c'est là un résultat qu'on n'obtient que chez les malades ayant subi la suture.

Présentation de pièces.

Deux opérations de laminectomie.

M. Delorme. Le haut intérêt qui s'attache actuellement à la chirurgie du rachis, m'engage à vous présenter les dessins et pièces

de deux malades auxquels j'ai pratiqué des laminectomies étendues. Je résumerai leurs observations que je ferai suivre de quelques remarques :

Obs. I. — Le premier de mes malades, C..., entre au Val-de-Grâce le 18 novembre 1892 dans le service de M. le professeur agrégé Antony avec le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. Ce soldat, dans les antécédents duquel on note des rhumatismes, une blennorragie guérie depuis quelques mois, des adénites tuberculeuses, se plaignait, au moment de son entrée à l'hôpital, de courbature générale, de fatigue douloureuse dans les jambes et les bras, de douleurs mieux localisées dans les genoux et de rachialgie lombo-dorsale.

Moins d'un mois plus tard, il était paralysé complètement des deux membres inférieurs, de la vessie, du rectum; sa paroi abdominale et les téguments du tronc jusqu'au-dessous du mamelon étaient insensibles; il souffrait d'une rachialgie dorsale vive, d'une sensation de constriction vers la moitié inférieure du thorax, de contractures intermittentes dans le membre supérieur gauche. La température oscillait journellement entre 38 et 39°.

Comme l'examen du sang pratiqué chez ce malade par M. Antony lui avait démontré la présence du staphylocoque, il s'arrêta à l'idée que les accidents observés étaient dus à une compression de la moelle par un abcès intra-rachidien. Je partageai son opinion et une intervention fut décidée. Suivant l'état des parties constaté *de visu*, l'opération pouvait rester exploratrice ou devenir curatrice.

Elle fut pratiquée le 16 décembre 1892, en présence de M. le médecin inspecteur Dauvé, avec l'assistance de M. le professeur Robert, de MM. Moty, Mignon et Antony, agrégés. Elle fut faite sans chloroforme, la région sur laquelle j'allais porter mon incision étant insensible.

Incision en H renversée, de dix centimètres de long, portée progressivement jusqu'à vingt centimètres. Le milieu de l'incision correspondait à la 8e dorsale. Dénudation des apophyses et des lames au bistouri, puis à la rugine; résection des apophyses épineuses jusqu'à leur base, à la pince gouge. Près de la base de l'apophyse épineuse de la 8e dorsale, pendant le dégagement des parties molles, je constatai des traces d'inflammation, d'infiltration purulente. Sur cette lame je portai ma première excision.

Au-dessous d'elle, je trouvai une masse membraniforme dont l'aspect, à mesure que je la dégageais davantage, ressemblait soit à un caillot, à des fongosités épaisses, soit à des plaques diphtéroïdes ou suppurées. Cette masse était en tension dans le canal rachidien, à en juger par la voussure, la saillie qu'elle faisait à l'extérieur après l'excision de la lame vertébrale correspondante. Cette membrane fongueuse devait évidemment exercer une compression sur la moëlle.

Je poursuivis l'excision des lames vertébrales au-dessus et au-dessous de la 8e dorsale, jusqu'à ce que j'eus atteint les limites du mal. Je fus ainsi entraîné, comme vous le voyez, à exciser les lames des 11e, 10e, 9e, 8e, 7e vertèbres dorsales.

A la limite supérieure de la brèche rachidienne de 14 centimètres d'étendue environ, il semblait évident qu'au tissu fongueux et sanglant extra-durmérien faisait suite un tissu cellulaire légèrement infiltré, presque normal; en bas, les limites des lésions étaient moins nettes, mais je crus utile d'arrêter là mon intervention.

Cela fait, j'abrasai avec des ciseaux ou la curette, la membrane qui recouvrait la dure-mère à laquelle elle n'adhérait qu'en certains points, et encore pas assez pour en rendre la séparation difficile, et, après avoir attouché la dure-mère, d'apparence alors saine, avec la solution phéniquée forte, je saupoudrai d'iodoforme, réunis la plaie, drainai et appliquai un pansement très immobilisant.

Vers la fin de l'opération qui avait duré deux heures, le pouls était filiforme, le malade affaibli, l'intelligence pourtant était restée vive et cet homme causait librement avec un de mes collègues. Quelques heures après, son pouls s'était relevé avec sa température et je me félicitais du résultat obtenu quand on vint m'apprendre qu'après s'être entretenu avec l'infirmier de garde, il était mort subitement, sans cri, ni secousse, six heures après l'opération.

A l'autopsie faite en commun avec M. Antony, la dure-mère rachidienne fut trouvée saine, les autres membranes épaissies, infiltrées dans toute la région lombo-dorsale, et la moëlle qui, à l'œil nu, paraissait saine comme coloration et consistance, se présenta cependant fortement altérée sur des coupes microscopiques. Sur divers points du cerveau, nous relevâmes des lésions de pachyméningite et sur le cœur des ulcérations.

Ce cas est, à ma connaissance, le premier fait d'intervention directe pour une pachyméningite non tuberculeuse.

Obs. II.—Mon deuxième malade, L..., âgé de 25 ans, présentait depuis deux ans et demi une gibbosité assez accusée formée par les apophyses épineuses des 5e et 6e vertèbres dorsales et qui ne s'était accompagnée tout d'abord d'aucun trouble médullaire.

En mai 1892, il y a onze mois, il éprouva de la faiblesse dans les membres inférieurs; deux mois après, il était paraplégique; puis la paralysie de la vessie, du rectum, la perte de la sensibilité de la paroi abdominale suivit de près la paraplégie. Réflexes très exagérés, sensation de constriction à la base du thorax, pas de contractures ni d'élévation de température.

Traité sans succès par les moyens médicaux, pendant onze mois, ce blessé accepta une intervention chirurgicale dont j'avais soin de ne lui cacher ni les aléas, ni l'insuffisance possibles. Cependant, tout en faisant la part de la myélite probable dans la pathogénie des accidents qu'il présentait, je ne pouvais oublier la possibilité et l'influence d'une pachyméningite tuberculeuse et d'un abcès intrarachidien; le développement de la paralysie longtemps après l'apparition de la gibbosité, excluait toute idée de compression osseuse. Si l'opération proposée pouvait être insuffisante, elle comportait aussi ses chances de succès

et comme j'étais sûr de son innocuité, elle ne risquait tout au plus que d'être exploratrice et non curatrice.

Elle fut pratiquée le 15 mars dernier avec l'assistance de M. le professeur Robert, de MM. Mignon, Cahier, agrégés, et en présence des stagiaires du Val-de-Grâce.

Incision en H renversée de 15 centimètres dont le centre répondait à la saillie rachidienne; dégagement des masses musculaires, résection des apophyses épineuses saillantes, comme chez le précédent malade; abrasion de trois lames vertébrales; ouverture du canal rachidien dans l'étendue de huit centimètres.

La moelle bombée au niveau de la déformation rachidienne, se présenta, dans l'étendue de quatre centimètres, recouverte de la dure-mère doublée d'une fausse membrane épaisse de deux millimètres, deux millimètres et demi, fongueuse, assez consistante, d'un rouge vineux, quelque peu adhérente à la dure-mère rachidienne. La membrane était assez à l'étroit dans le canal rachidien pour faire une saillie très prononcée au dehors à mesure que j'enlevais les lames qui la recouvraient.

Avec l'extrémité mousse de ciseaux, avec une sonde cannelée, une curette, j'abrasai la fausse membrane, et, au moment où je cherchais à dégager sa partie latérale gauche entre deux paires rachidiennes, après avoir écarté à droite la dure-mère saisie avec une pince à disséquer, et avec elle, la moelle, j'aperçus une grosse vésicule tendue, à paroi d'un rouge vineux et épaissie qui déplaçait manifestement la moelle vers la gauche et occupait un tiers de la capacité du canal rachidien. Un coup de ciseaux vida la poche. Elle contenait un dé à coudre environ de pus séreux, mêlé de grumeaux caséeux irréguliers, de faibles dimensions.

Ecartant l'une des parois de cette poche avec la pince, je l'explorai avec un stylet. Celui-ci, à trois centimètres de profondeur, s'engagea dans une cavité osseuse du volume d'un gros pois, à parois dures, éburnées. Cette cavité ne contenait pas de sequestre.

Avec une de ces minuscules curettes qui servent pour le traitement des lupus, je débarrassai avec soin la poche intra et extra osseuse de ses fongosités et quand je jugeai le curage suffisant, je la lavai avec de la solution boriquée et la remplis de vaseline iodoformée tiède poussée avec une seringue.

Réunion musculaire par plans, suture de l'aponévrose, de la peau, drain.

Les résultats de cette intervention furent les suivants: immédiatement après l'opération, les réflexes très exagérés étaient redevenus normaux; la verge et la partie antérieure de la cuisse gauche étaient quelque peu sensibles. Le blessé n'avait pas éprouvé de choc.

Le lendemain il était averti du passage de l'urine par une sensation de chaleur; il était de même averti du passage des gaz. La verge, les bourses, la face antérieure de la cuisse gauche jusqu'au niveau du genou étaient redevenus sensibles. Température normale.

Le surlendemain, quelques contractions peu douloureuses sans élévation de température sont éprouvées dans les deux membres inférieurs. Je constate que la cuisse droite commence à redevenir sensible.

Le 5e jour, la sensibilité revenait dans les deux jambes et lorsque je pressais sur le dos des deux pieds, le malade éprouvait l'impression du choc des talons contre la partie correspondante de la gouttière de Bonnet.

Le 10e jour, le retour de la sensibilité était complet dans les deux membres inférieurs ; mais la motilité n'avait pas encore subi de retour appréciable. Les érections dont le malade était importuné toutes les nuits ont cessé depuis l'opération; les réflexes sont normaux depuis cette dernière.

Le 17e jour, le malade contracte, au commandement, les fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, mais la contraction bien que visible, n'amène qu'un très léger soulèvement de la peau. Deux jours après, les pieds peuvent être surétendus très légèrement. La motilité commence donc à revenir très lentement.

La plaie était réunie par première intention lors de la levée du premier pansement, le 10e jour.

Telles sont, résumées dans leurs détails les plus significatifs, mes deux observations qui apportent leur faible appoint à l'étude très intéressante et fort incomplète des interventions dans les cas de lésions intra-rachidiennes. Il serait prématuré d'en tirer des conclusions rigoureuses au point de vue de la valeur de l'opération.

L'incision et le décollement des muscles au ras des apophyses épineuses et des lames, a donné lieu à un écoulement sanguin abondant que la compression a mieux arrêté que le pincement de vaisseaux coupés au niveau des apophyses et des lames.

Mes deux laminectomies ont été faites à la pince coupante, laquelle est d'un maniement bien plus sûr que le trépan, le ciseau et le maillet. Elle n'ébranle pas la moelle. Les premières prises peuvent être pénibles, mais une fois l'ouverture faite, l'abrasion se fait avec facilité, alors même que, comme chez mon dernier opéré, les lames sont plus résistantes qu'à l'état normal. Bien loin de dire que ces laminectomies peuvent se faire en quelques minutes, je crois qu'elles doivent être conduites avec une sage lenteur et la délicatesse qu'impose la proximité du cordon médullaire, car ici, il ne saurait être question ni de dangereuses échappées, ni de compressions.

Je me suis, chez mes deux opérés, arrêté aux limites externes des lames : la brèche rachidienne ainsi obtenue semble bien suffisante. Je ferai remarquer la facilité avec laquelle j'ai pu débarrasser la dure-mère du foyer de pachyméningite. Ce foyer était évidemment formé par l'infiltration, l'inflammation du tissu

cellulo-adipeux extra-duremérien. Ce tissu transformé en une demi-virole fongueuse était, en somme, peu vasculaire, et je n'ai eu, chez mes deux malades, qu'à pincer momentanément un petit vaisseau.

Je n'ai pas observé les battements très nets, sous la dépendance du pouls et de la respiration qu'on regarde comme un bon signe d'intégrité du contenu méningé. Leur absence s'explique, chez un de mes malades, par les adhérences méningo-médullaires étendues, l'infiltration des méninges intra-duremériennes constatées à l'autopsie. Chez mon deuxième opéré, ces battements ne sont pas revenus, malgré la cessation évidente de la compression, et cependant le pronostic a été bon, puisque, dès le lendemain, le retour de la sensibilité commençait à se faire. Devais-je, en l'absence de ce signe, croire à un abcès médullaire et ouvrir la dure-mère ? Le résultat obtenu semble avoir justifié l'opération telle que je l'ai conduite; mais j'ai garde de m'arrêter sur cette donnée mal définie.

Dans le premier cas, j'eus pour me guider la lésion locale, la gibbosité dont le niveau concordait avec celui de la paralysie, en tenant compte de la longueur du trajet parcouru par les nerfs dans le canal rachidien. Dans le second, l'étendue de la paralysie me renseigna sur le siège du mal. Paralysé subitement des deux membres inférieurs et des derniers espaces intercostaux, mon malade présentait une lésion s'étendant des apophyses épineuses des 5e et 6e dorsales à l'apophyse épineuse de la 9e. Je portai ma première excision osseuse sur la 8e lame et je tombai sur le foyer.

Comme troubles opératoires, j'ai noté chez mon premier malade, des tendances à la syncope. Chez celui qui survit, à plusieurs reprises, la respiration devint difficile; il y eut de la cyanose; on fut obligé d'interrompre et chloroformisation et opération et de faire respirer de l'oxygène. L'intervention terminée, le pouls se releva rapidement et, comme je l'ai dit déjà, il n'y eut pas de choc. Cet homme est actuellement couché sur un brancard, à toile relâchée, recouvert d'une très épaisse couche de ouate et muni d'une large fenêtre sous le siége. Ce brancard appuie sur deux lits et, dans l'intervalle de ces derniers, est placé, à bonne hauteur, un bassin. Un entonnoir en verre dans lequel pend la verge, déverse par un tube de caoutchouc, l'urine dans une cuvette placée entre les deux lits. Ce mode d'immobilisation si simple me semble supérieur à la gouttière de Bonnet qui est dure et qui, malgré un matelassage que je croyais d'abord suffisant, a déterminé au niveau des saillies osseuses, des plaques rouges, débuts d'escarres que j'aurais eu à redouter si j'avais persisté dans son emploi.

Élection.

Une élection a lieu pour la nomination d'une commission de trois membres chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

Sont élus : MM. Chauvel, Routier et Picqué.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 19 avril 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de MM. Nélaton, Jalaguier, Delens, Marchand, demandant un congé pour la durée du concours du Bureau central ;

3° *The Hunterian oration* (éloge de Hunter à l'occasion du centenaire de sa mort), par M. Thomas Bryant. 14 février 1893 ; brochure in-8° de 48 pages. Londres, 1893.

A propos du procès-verbal.

Sur la cure des polypes naso-pharyngiens.

M. Picqué. Je demande à la Société de chirurgie la permission d'ajouter quelques mots à ma réponse de mercredi dernier. Je suis absolument d'accord avec M. le professeur Verneuil qui m'a

fait le grand honneur de prendre la parole au sujet de ma communication. Il est évident que chaque fois qu'on pourra substituer la cure lente à l'intervention sanglante, on ne devra pas hésiter à sacrifier les procédés brillants à ceux plus sûrs que nous rappelait M. Verneuil dans la dernière séance.

Si je n'ai pas suivi ce sage précepte, c'est que mon malade présentait des troubles réflexes graves qui se manifestaient par des accès de suffocation terrible dès qu'on venait à explorer la tumeur. Civel dans la préface de sa thèse fait allusion à cette particularité qui m'a fait adopter un procédé d'exerèse rapide.

C'est donc sur ce terrain spécial que je me suis placé.

Je viens en conséquence demander à la Société de chirurgie ce qu'elle pense de la trachéotomie préventive dans les cas où l'on est obligé de recourir à l'intervention sanglante; pour ma part, je crois que, dès l'origine, il s'est produit parmi les chirurgiens un malentendu sur ce point.

La trachéotomie préventive a été appliquée à des cas où elle ne devait pas l'être; elle a été mal appliquée dans les cas où elle devait rendre à mon sens des services signalés.

Sous le 1er rapport, M. Berger a bien fait de la condamner dans les cas de résection du maxillaire supérieur, je crois qu'il faut de même y renoncer dans l'ablation de la langue et la réserver exclusivement aux affections du pharynx et, en particulier, aux polypes naso-pharyngiens où elle remplit un but spécial. Trendelenburg la voulait surtout dans ces cas pour éviter la pneumonie septique qu'il attribuait à la pénétration de parcelles alimentaires dans la trachée et a été amené pour remplir cette indication à inventer son tampon.

On connait mieux aujourd'hui l'origine de cette pneumonie dont le point de départ est réellement l'infection de la plaie opératoire. La théorie se trouvant condamnée, le tamponnement devenait donc illusoire.

Si on ajoute à cela le difficile maniement des canules, et ce fait que le tamponnement lui-même n'est pas nécessaire pour empêcher l'irruption du sang dans les voies aériennes, on comprend pourquoi les chirurgiens y ont définitivement renoncé.

Or, il a semblé que trachéotomie et tamponnement étaient si intimement liés, que l'abandon de l'un devait entraîner l'abandon de l'autre, de là à mon sens l'erreur.

Les chirurgiens étrangers ont justement remplacé le tamponnement trachéal par le tamponnement pharyngé, suivant la méthode de Kocher.

Ce tamponnement est à la fois hémostatique et antiseptique. Il réalise donc le progrès que Trendelenburg cherchait à tort par

son tamponnement trachéal, il supprime la pneumonie septique et la crainte des hémorragies; mais il n'est réellement efficace que si l'on ouvre temporairement la trachée. Aussi les deux procédés doivent-ils être simultanément employés et l'on comprend pourquoi ils n'ont réellement de raison d'être que dans les cas de polype naso-pharyngien, car dans les autres cas, l'hémostase et l'antisepsie peuvent être réalisées plus simplement.

M. Verneuil a insisté sur l'hémorragie opératoire que j'ai signalée; mais, dans mon cas, cette hémorragie ne m'a nullement inquiété; elle était prévue par la nature de mon intervention et inévitable par la nature spéciale de la tumeur constituée par un fibro-myxome télangiectasique. Mais aussitôt le polype enlevé, et j'insiste sur ce point, la compression énergique que je fis dans le pharynx nasal l'arrêta instantanément.

Le procédé de Kocher est donc aussi important au point de vue hémostatique qu'au point de vue antiseptique; mais je le répète, pour être efficace, il faut que le tamponnement soit fait largement, et on ne peut le réaliser qu'avec le concours de la trachéotomie préalable.

Je demande donc à la Société de chirurgie de se prononcer sur cette question qui me paraît avoir une importance capitale.

M. Reynier. M. Picqué ne croit pas la trachéotomie préventive utile dans l'ablation de la langue ; cela dépend des cas. Quand on veut enlever la langue en totalité jusqu'à sa base, la trachéotomie préventive est très utile, non seulement contre l'hémorragie, mais contre les réflexes respiratoires, comme dans le cas cité par moi dans la dernière séance. Quant à la canule de Trendelenburg, elle est très compliquée ; je partage à son sujet l'avis de M. Picqué.

M. Delorme. A propos de la discussion sur les polypes naso-pharyngiens et sur l'emploi de la trachéotomie préventive, je ferai deux courtes remarques :

Dans les deux seules opérations qu'il m'a été donné de pratiquer jusqu'ici, je n'ai pas cru devoir faire de trachéotomie préventive.

La position de la tête inclinée en bas, si favorable d'un autre côté pour prévenir la syncope, permet d'éponger rapidement le sang accumulé dans la cavité pharyngée, et quand celui-ci tombe dans le larynx et provoque des efforts de toux, l'opéré, replacé vivement dans la position assise, s'en débarrasse par expuition.

Je partagerais donc, jusqu'à plus ample informé, l'opinion de MM. Berger et Lucas-Championnière sur le peu d'utilité de la trachéotomie préventive.

Sans avoir la prétention d'opposer une pratique très limitée à l'expérience si étendue en pareille matière de M. Verneuil et de généraliser une appréciation qui ne porte que sur deux faits, je ne puis cependant manquer d'en tirer une conclusion différente de la sienne, relativement à la substitution des opérations partielles aux opérations totales.

Sur mon premier malade, porteur d'un polype naso-pharyngien volumineux, implanté sur l'apophyse basilaire avec prolongements maxillaires, nasaux, orbitaires, je fis d'abord une résection partielle de la voûte palatine alvéolaire. Je ne pus enlever qu'une partie de la tumeur ; des cautérisations répétées furent insuffisantes, et quand, six mois plus tard, je me décidai à compléter la résection du maxillaire pour assurer une ablation totale et facile de la portion pharyngée de la tumeur à travers l'apophyse basilaire perforée, la première phalange de mon index s'engagea dans la masse molle d'un prolongement sous-dure-mérien.

Cet opéré succomba rapidement, me laissant le regret de n'avoir pas fait une ablation radicale par une brèche maxillaire suffisante. Il s'agissait d'un fibro-sarcome.

Sur mon deuxième malade, le polype, implanté sur l'apophyse basilaire, remplissait le pharynx, se prolongeait dans les deux narines, le sinus maxillaire, la fosse ptérygoïde, et adhérait solidement aux muqueuses avec lesquelles il était en rapport ; j'eus de la peine à détruire ces adhérences, malgré la brèche d'une résection totale ; la segmentation nécessaire du polype fut longue, et je n'eus pu l'extraire en totalité si je m'étais borné à faire une résection partielle. Or, au point de vue de la sûreté absolue de la guérison, il est difficile d'opposer l'extirpation partielle à l'extirpation totale.

D'un autre côté, grâce aux appareils de Martin, il est facile, quand la chose est nécessaire, de faire disparaître la difformité du visage que laisse l'extirpation totale. Sur mon opéré, cette difformité, sans appareil, se réduit à une légère dépression jugale, à une cicatrice un peu déprimée à la partie supérieure de l'incision. Cette cicatrice n'est plus apparente dans le reste de son étendue ; la paupière inférieure n'est pas abaissée, l'œil est en place, et avec une pièce palatine la voix n'est pas altérée.

M. Verneuil. Je ne suis pas hostile à la trachéotomie préventive, car j'ai fait faire à un de mes élèves, M. le Dr Redon, une thèse sur la trachéotomie préventive dans l'extirpation des tumeurs du pharynx. Dans les autres cas, je la rejette, car nous avons mieux. Je préfère, pour les polypes naso-pharyngiens, la ligature préliminaire de la carotide externe, que je crois moins périlleuse.

Pour les tumeurs très étendues de la langue, vu l'existence constante en pareil cas de lésions ganglionnaires, il faut commencer par ouvrir la région sous-maxillaire, enlever la glande sous-maxillaire et les ganglions qui y sont contenus, et faire la ligature préalable des artères linguales ; l'hémostase est ainsi assurée. La vraie théorie de la pneumonie septique à la suite des opérations sur la bouche, c'est celle de la septicémie sus-hyoïdienne formulée par Richet à propos des fractures du maxillaire inférieur. Déjà Robert avait noté la différence qui existe, au point de vue des complications septicémiques, entre les opérations portant sur le maxillaire supérieur et celles qui atteignent le maxillaire inférieur; il avait pu relever 15 cas d'ablation du maxillaire supérieur sans accidents.

D'autre part, j'ai fait dans un cas, avec l'aide de Krishaber, le tamponnement du larynx; il en est résulté une laryngite très grave qui a failli entraîner la mort. Je rejette donc, en général, la trachéotomie préventive. Quant à la position déclive de la tête, dans le procédé de Rose, je ne l'ai employée que très rarement, parce qu'elle fait perdre beaucoup de sang ; je lui préfère la ligature préliminaire.

M. Schwartz. J'ai fait 7 fois la résection du maxillaire supérieur pour des sarcomes ; je n'ai pas pratiqué la trachéotomie préventive ; mais 5 fois j'ai eu recours à la ligature préliminaire de la carotide externe, et je m'en suis bien trouvé. Pour enlever la base de la langue, j'ai fait la ligature préalable des deux linguales. Une seule fois j'ai vu se développer, au cours de l'épidémie de grippe, une broncho-pneumonie septique qui a entraîné la mort chez un malade opéré pour un cancer de la base de la langue.

M. Desprès. La trachéotomie préventive dans l'extirpation de la langue me semble inutile quand on emploie l'écraseur. Mais quand on opère avec le thermocautère ou le galvanocautère, il y a une brûlure qui détermine un gonflement considérable, et la trachéotomie préventive devient utile. Pour l'ablation de la langue en totalité, je préfère la ligature préliminaire des deux artères linguales.

Quant à l'ablation des polypes naso-pharyngiens, Nélaton luimême, à la fin de sa vie, avait renoncé aux méthodes lentes. Je pense que, chez les sujets jeunes, il faut faire d'emblée l'ablation du maxillaire supérieur qui permet de poursuivre les récidives. C'est ce qui s'est passé chez un malade opéré par moi à l'hôpital Cochin, à l'âge de 11 ans. Il existait chez ce malade un prolongement dans la fosse temporale et un autre dans l'orbite. J'ai fait chez lui d'emblée l'ablation du maxillaire supérieur en conservant

le plancher de l'orbite. Trois récidives se sont produites successivement ; la dernière, qui a eu lieu à 25 ans, était une récidive fibreuse. Une cautérisation au chlorure de zinc en a eu raison, et aujourd'hui le malade reste guéri. La conservation du plancher de l'orbite, quand elle est possible, atténue beaucoup la difformité.

M. Berger. J'ai vu des malades opérés par Nélaton et Denonvilliers par les méthodes lentes, en particulier un jeune garçon soumis à l'électrolyse en 1868 ; on ne peut donc pas dire que, vers la fin de sa carrière, Nélaton avait abandonné les méthodes parcimonieuses. En revanche, il avait abandonné les caustiques chimiques pour avoir recours à l'électrolyse. Dans un certain nombre de cas, j'ai moi-même appliqué avec succès le principe des méthodes lentes, préconisé entre autres par Gosselin.

M. Th. Anger. Il est si vrai que Nélaton n'avait pas abandonné les méthodes lentes que, pendant mon internat, il m'avait chargé de faire des expériences sur la destruction des grosses tumeurs à travers de petites ouvertures ; son but était de porter le caustique, à l'aide de la seringue de Pravaz, dans l'intérieur des polypes naso-pharyngiens.

Rapport.

Traitement opératoire des luxations anciennes du coude, par M. Lejars.

Rapport par M. Tillaux.

La cure opératoire des luxations anciennes, et spécialement de celles du coude, gagne chaque jour du terrain ; et, si la doctrine n'est pas encore définitivement assise, le nombre et la qualité des faits publiés suffisent à légitimer des conclusions pratiques.

Il est, en particulier, certaines formes de luxations anciennes du coude, dans lesquelles la résection s'impose, et c'est elle aussi qui, en pareil cas, fournit les meilleurs résultats fonctionnels.

L'observation que j'ai l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie me semble venir à l'appui de cette idée.

Luxation du coude en arrière, datant de quatre mois. Ankylose rectiligne. Résection semi-articulaire, radio-cubitale. Rétablissement de tous les mouvements.

Il s'agit d'un terrassier de 45 ans, bien musclé et vigoureux. Le 25 avril 1892, il portait une lourde pièce de bois, lorsqu'il fit un faux

pas et tomba sur son bras droit. Quelle était la position exacte du bras au moment de la chute, il ne saurait le dire ; mais il ressentit au coude une violente douleur, et, quand il se releva, le membre était très déformé au même niveau et incapable de tout mouvement. A l'hôpital d'Argenteuil, où le malade fut transporté, on se contenta de maintenir le coude étendu dans une gouttière en fil de fer, et la réduction ne fut pas faite.

Au bout de trois mois, le blessé quittait l'hôpital : son bras droit était toujours étendu et fixé dans cette position rectiligne; tout travail lui était impossible; aussi se décida-t-il à entrer à la Pitié, salle Michon, le 4 septembre.

Le coude était en ankylose rectiligne, et les deux segments du membre se continuaient en ligne directe ; c'était un levier rigide, qui ne se mobilisait plus que dans l'épaule et ne rendait au malade que peu de services. La région du coude présentait, comme déformation principale, un épaississement antéro-postérieur très marqué ; mais la direction du membre empêchait le relief des extrémités osseuses déplacées de se dessiner nettement à la vue, et c'était surtout le palper qui renseignait sur l'état des os luxés. En arrière, on reconnaissait, à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la ligne épitrochléo-épicondylienne, l'olécrâne, surmonté du tendon, saillant et tendu, du triceps, et, au-dessous et en dehors, la tête radiale, qu'il était aisé de faire rouler sous le doigt : les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras étaient, en effet, conservés. Sur le devant de l'articulation, l'extrémité humérale, la trochlée et le condyle, figuraient une sorte de bourrelet transversal, que soulignait en dessous une encoche peu profonde. Ajoutons que l'avant-bras était légèrement tourné en dedans, et la main un peu inclinée dans le même sens. En somme, il y avait là tous les signes d'une luxation du coude en arrière, avec ascension très marquée des extrémités radio-cubitales derrière l'humérus.

Il était impossible d'imprimer le moindre mouvement au coude, ni dans le sens antéro-postérieur, ni transversalement; les extrémités luxées étaient fixées intimement et ne se prêtaient pas au moindre déplacement. Toutes ces tentatives restaient indolentes.

En présence d'une pareille immobilisation, on ne pouvait songer à réduire par les moyens mécaniques. Une intervention sanglante nous sembla nécessaire : ouvrir le foyer de la luxation, reconnaître exactement les rapports des extrémités osseuses, détruire les brides et les adhérences osseuses ou fibreuses et tenter de réduire; en cas d'échec, faire une résection aussi « économique » que possible; tel fut notre programme.

Le 22 septembre, le malade étant endormi au chloroforme, je pratique, sur la face postérieure du coude, deux incisions, de 8 à 10 centimètres, qui longent en arrière l'épitrochlée et l'épicondyle. Après avoir sectionné une couche fibreuse assez épaisse, on ouvre largement le foyer de la luxation, et il devient facile de constater que les extrémités cubito-radiales sont remontées de 5 à 6 centimètres sur la

face postérieure de l'humérus, et qu'elles y sont fortement immobilisées. On libère au bistouri, et surtout à la rugine, les parties latérales de l'article, et l'on décolle tous les liens fibreux qui s'étendent de l'humérus à l'olécrâne : rien ne cède, et tous les efforts de traction sur l'avant-bras, combinée à la flexion, échouent complètement. Il y a une réelle soudure osseuse. Pour aborder plus directement l'articulation et se donner du jour, on réunit, par un trait transversal, passant sur le sommet de l'olécrâne luxé, les deux incisions postéro-latérales ; le tendon tricipital est sectionné en travers, et son segment inférieur détaché avec soin de ses attaches olécrâniennes, en prenant soin de conserver sa continuité avec le périoste de la face postérieure du cubitus et l'aponévrose antibrachiale. Dans une tentative de flexion un peu forte, l'olécrâne se rompt au niveau de sa base : le tissu osseux de l'apophyse semble, du reste, altéré, et s'effrite aisément. Dès lors, la flexion de l'avant-bras devient possible, au moins en partie ; et, par la brèche que laissent entre eux les deux fragments olécrâniens, on reconnaît qu'il existe une véritable soudure des extrémités luxées; de plus, une lamelle ossifiée, de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, s'interpose entre l'apophyse coronoïde et la trochlée humérale, adhère à l'une et à l'autre, et se continue jusque sur la face antérieure de l'humérus. Il s'agit là, sans doute, d'un débris ossifié du ligament antérieur.

Avec la rugine courbe, on énuclée le fragment supérieur de l'olécrâne, puis l'on dégage le reste de l'extrémité cubitale et l'on « écrêpe » la trochlée et le condyle de cette lamelle ossifiée qui les encroûte. Les os de l'avant-bras deviennent alors plus mobiles; on les fait saillir fortement en arrière, et à la pince coupante on sectionne le cubitus au-dessous de la coronoïde et l'on fait sauter la tête radiale. Ainsi décapités, les deux os glissent au-dessous de l'extrémité humérale et, autour d'elle, se prêtent à une flexion à peu près complète.

On détache et on enlève tous les débris fibreux, les plaques osseuses qui encombrent encore la cavité articulaire ; en faisant largement bâiller l'interligne, on reconnaît qu'une lamelle ossifiée, une sorte de blindage, recouvre le devant de l'articulation : la rugine courbe fait éclater cette coque et l'extrait par fragments.

Il ne restait plus qu'à mettre le coude dans une bonne flexion et à rapprocher toutes les parties divisées. On saisit les deux bouts du tendon sectionné du triceps et, en les étalant avec soin, on procède à leur suture régulière à la soie phéniquée. Une série de points sont jetés sur les tissus fibreux voisins et constituent autant de sutures de soutènement. L'extrémité cubitale est encore très saillante en arrière : il en résulte que les deux fragments du triceps sont assez fortement tendus et que les lèvres cutanées elles-mêmes ne s'affrontent qu'avec peine au niveau de l'incision transversale. On arrive pourtant à compléter la réunion. Pansement salolé ; compression ouatée; gouttière plâtrée, maintenant le coude en flexion. La bande d'Esmarch n'est enlevée qu'après l'achèvement du pansement, et le membre est soutenu dans un hamac.

L'opéré souffrit un peu durant les deux premiers jours; il survint un œdème assez marqué de la main, dû à la compression du pansement, et qui céda, dès qu'on en eût échancré la couche superficielle.

Ce premier appareil fut laissé en place jusqu'au 14 octobre. A sa levée, on s'aperçut que la réunion avait manqué, en dehors, sur une petite étendue, et, par la pression, l'on fit sourdre de là quelques détritus granuleux et jaunâtres, ressemblant à du tissu fibreux sphacélé. La peau, toujours tendue par le relief de l'extrémité cubitale, s'était réunie pourtant sur tout le reste de l'incision en H.

Nouveau pansement iodoformé, nouvelle gouttière plâtrée. Huit jours plus tard, la petite surface désunie était devenue une plaie plate granuleuse, et déjà l'on put, avec beaucoup de précaution, faire esquisser à l'avant-bras un léger mouvement de flexion.

Au 1er novembre, la cicatrisation était presque complète, et le malade fléchissait lui-même son coude et l'étendait un peu.

Le 7 novembre, la gouttière plâtrée fut définitivement supprimée, et le bras soutenu par une écharpe. Dès lors, on fit exécuter chaque jour au membre des mouvements réguliers de flexion et d'extension, et le malade continua à s'exercer lui-même.

Il resta à la Pitié jusqu'au 13 décembre; à cette date, il se servait de son coude d'une façon très satisfaisante et soulevait un poids de 5 kilogrammes.

J'ai l'honneur de le présenter aujourd'hui à la Société de chirurgie. La guérison est complète, les cicatrices sont solides et non adhérentes. La flexion s'exécute avec son amplitude normale, et l'extension, volontaire et régulière, arrive presque à la rectitude. Le malade se sert de son bras pour tous les usages journaliers; il s'habille lui-même; il a commencé à travailler, à se servir de la pelle et de la brouette. Actuellement, il est employé dans une distillerie et gagne sa vie, comme avant son accident.

Ainsi nous avions affaire à une ankylose rectiligne du coude, consécutive à une luxation en arrière, non réduite, et qui datait de quatre mois. Nous ne pouvions songer à une réduction par les moyens mécaniques ordinaires; du reste, les lésions anatomiques, que l'opération permit de relever, suffisent à montrer que toute intervention de force était contre-indiquée.

L'arthrotomie simple n'eût pas suffi non plus; la résection représente, en pareil cas, le procédé de choix, sous la réserve qu'elle soit, comme on l'a dit, « économique ». Une résection typique et large ne saurait être, en effet, qu'un pis-aller; il convient de ne sacrifier que le moins possible des surfaces articulaires et de modeler le reste, et, dans la plupart des cas, c'est à une résection partielle, une hémi-résection que l'on aura recours.

On a pratiqué assez souvent l'hémirésection humérale en excisant seule l'épiphyse inférieure de l'humérus, sans intéresser les

extrémités radio-cubitales; on a même soutenu que le crochet olécrânien était d'une importance capitale pour le bon fonctionnement de l'articulation reconstituée. Nous nous croyons autorisé à conclure, de notre observation, que l'hémi-résection radio-cubitale est susceptible aussi de fournir d'excellents résultats ; l'épiphyse humérale, conservée, maintient la forme normale de la jointure et constitue un très bon axe de rotation, et le triceps, s'il est désinséré avec soin et régulièrement suturé, reprend toute son action sur le bout décapité du cubitus. Enfin l'hémi-résection radio-cubitale devient parfois, comme chez notre opéré, une nécessité, lorsqu'il est impossible d'aborder l'humérus, avant d'avoir fait sauter l'olécrâne et la tête radiale, intimement soudés à sa face postérieure.

M. Tillaux. Je vous propose, messieurs, d'adresser des remerciements à M. Lejars pour son intéressante observation et de la publier dans nos Bulletins. Je partage absolument son avis sur l'inutilité des tentatives de réduction dans ces luxations invétérées et sur la valeur des opérations sanglantes en pareil cas. Je ferai seulement quelques remarques au sujet du procédé opératoire. M. Lejars a pratiqué deux incisions latérales ; dans un cas du même genre, j'ai eu recours à une seule incision médiane et je l'ai trouvée suffisante. De même aussi M. Lejars a fait le pansement sous la bande d'Esmarch sans hémostase préalable. Bien qu'il n'ait pas eu à s'en repentir, pour ma part, je crois préférable de faire toujours l'hémostase avant l'enlèvement de la bande d'Esmarch. Enfin notre collègue a eu recours à une hémirésection ; je crois, en effet, qu'en pareil cas ce procédé opératoire est applicable; mais au lieu de faire porter la résection, comme l'a fait M. Lejars, sur les os de l'avant-bras, je pense que, dans la plupart des cas, on se trouvera bien de la faire porter sur l'extrémité inférieure de l'humérus, en conservant le crochet cubital.

Discussion.

M. Quénu. J'appuie ce que vient de dire M. Tillaux sur le peu de valeur des tentatives de réduction dans les luxations anciennes du coude. Je citerai, à ce propos, un malade ayant une luxation datant de quatre à cinq semaines ; je le vis avec M. Farabeuf et lui fis l'application du procédé conseillé par lui ; nous arrivâmes à remettre l'olécrâne en place ; néanmoins le résultat définitif fut médiocre ; dès le deuxième jour, nous avions pris soin de modifier l'attitude du membre ; cependant il resta une raideur considérable. Dans deux autres cas, j'ai eu recours à l'arthrotomie avec résection

de l'olécrâne et de la tête du radius. Une fois, le résultat a été bon ; mais chez une femme de 21 ans, dont la luxation datait de six semaines, malgré l'emploi d'un appareil articulé au niveau du coude permettant les mouvements de flexion et d'extension, je n'ai obtenu que très peu de mobilité. Je crois donc que, dans ces articulations enflammées, quoi qu'on fasse, on verra souvent se reproduire l'ankylose. Je rappellerai à ce propos à M. Tillaux une malade de son service chez laquelle, en dépit d'une résection, on n'a pas obtenu grand'chose au point de vue de la mobilité. Il faut donc être très réservé au point de vue du pronostic de ces résections entreprises contre les luxations invétérées.

M. Lucas-Championnière. J'appuie complètement tout ce qui vient d'être dit en faveur des opérations sanglantes appliquées aux luxations irréductibles. Pour le coude, dès qu'on a franchi la période où la réduction peut être aisément obtenue, je crois l'intervention sanglante indiquée. Si l'on fait une résection économique, c'est sur l'humérus qu'on doit la faire porter, tandis qu'on conservera le cubitus et le radius. Ce sont, en effet, les mouvements de pronation et de supination qui laissent le plus à désirer à la suite des résections. J'approuve M. Tillaux quand il vante l'incision médiane postérieure. Je ne fais jamais que celle-là ; on a ainsi le minimum de sections ligamenteuses et le maximum de solidité. Quant à la suppression des ligatures après la résection, c'est là, je crois, une excellente pratique. J'ai fait 30 résections du genou environ par ce procédé sans inconvénients ; une seule fois j'ai observé un épanchement sanguin assez abondant dans la jointure. Quant au résultat définitif de ces résections, il dépend d'une mobilisation plus ou moins hâtive. Quand il y a de la raideur, cela tient au défaut de mobilisation. Aussi je ne mets pas d'appareil plâtré et, dès le huitième jour, je commence à faire exécuter des mouvements.

M. Routier. Au commencement de 1886, j'ai pratiqué chez une jeune fille une résection pour une luxation ancienne du coude gauche, au moyen d'une incision unique et postérieure. Il y avait fusion osseuse complète ; je sciai en un point le levier osseux et réséquai au dessus et au dessous. Au bout de dix jours, la cicatrisation était complète ; je n'avais pas mis d'appareil plâtré, et je pratiquai la mobilisation hâtive. J'eus d'abord un bras ballant, que je dus maintenir par un appareil ; mais peu à peu l'articulation nouvelle se consolida, et le résultat définitif fut excellent.

Quant à la raideur qu'on voit se reproduire invinciblement dans certains cas d'arthrites, je partage à cet égard l'opinion de M. Quénu. Ainsi, dans un cas où je fis des deux côtés la résection

de la hanche pour une ankylose consécutive à un rhumatisme généralisé, je n'obtins guère quelques mouvements que dans l'une des deux hanches.

M. Berger. Je me permets d'émettre des doutes sur la nature même du fait qui nous est présenté par M. Lejars. L'ankylose du coude dans la position rectiligne est tout à fait exceptionnelle à la suite des luxations anciennes. N'y avait-il pas là une fracture? J'en dirai autant pour le cas de M. Routier, car, chez les enfants, les luxations sont le plus souvent compliquées de fractures.

Quant aux résections partielles, je crois qu'elles exposent grandement à la récidive de l'ankylose. Deux fois j'y ai eu recours, et j'ai dû pratiquer une résection secondaire pour obtenir la mobilité. Je crois la résection totale préférable.

Les conclusions du rapport de M. Tillaux sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de pièces.

Œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage.

M. Berger. Quelques-uns de nos collègues, dans une des dernières séances, nous ont rapporté l'observation de malades auxquels ils avaient retiré par l'œsophagotomie externe des pièces de cent sous introduites dans l'œsophage. Je vous présente une pièce de cinq francs en argent que j'ai retirée par cette voie. Le malade l'avait avalée par mégarde et ne s'en trouvait pas trop gêné; il pouvait avaler des aliments liquides ou en bouillie, il ne souffrait nullement. Au moyen d'une sonde à olive je pus sans difficulté déterminer la position du corps étranger qui était situé à 21 ou 22 centimètres des incisives, c'est-à-dire à la partie supérieure de la portion thoracique de l'œsophago, derrière la fourchette sternale.

Une tentative pour extraire la pièce avec la pince œsophagienne de Collin échoua; la pince saisit à plusieurs reprises le bord de la pièce et put l'ébranler, mais il fut impossible de la déplacer; de nouvelles mensurations montrérent qu'elle n'avait pas changé de position. Je pratiquai donc l'œsophagotomie externe trois jours après.

Je fus un peu gêné par le volume de la pyramide de Lalouette que je dus exciser. Pour découvrir largement la trachée et l'œsophage, il me fallut également inciser entre deux ligatures l'isthme du corps thyroïde. Il me fut aisé de reconnaître et d'inciser la face latérale gauche de l'œsophage où j'avais introduit la sonde

de Vacca, et introduisant une forte pince dans sa cavité, je pus trouver et extraire sans aucune peine la pièce de cinq francs.

Je ne voulus pas faire la réunion de la plaie œsophagienne, car en cherchant à étirer un peu trop le cartilage cricoïde, j'avais perforé avec la sonde cannelée la partie inférieure du pharynx, et cette perforation, quoique très petite, avait donné issue à quelques *mucosités* qui avaient souillé la plaie. Je tamponnai donc celle-ci avec de la gaze au salol et je ne réunis que les 2/3 supérieurs de l'incision superficielle. Les suites furent des plus simples: le malade fut soumis à une diète absolue de boissons et d'aliments pendant trois jours pleins. Pendant ce temps on le soutint avec des lavements alimentaires où j'avais fait mélanger de la teinture de Kola: le troisième jour on commença l'alimentation liquide. Le malade depuis lors n'a présenté aucune réaction locale ni générale, et au bout de huit jours, la plaie du cou était en bonne voie de cicatrisation.

Je conseillerais, dans l'œsophagotomie externe, de revenir au procédé décrit par Richet dans son anatomie chirurgicale. Par une incision presque médiane, arriver sur l'isthme du corps thyroïde, le couper entre deux ligatures, séparer sa moitié gauche et le lobe correspondant de la glande, de la trachée. En faisant fortement érigner celle-ci vers la droite, on trouve aussitôt la partie latérale de l'œsophage et on n'a que peu de vaisseaux à saisir.

Il ne faut ouvrir l'œsophage que quand l'hémostase est parfaite; la sonde de Vacca n'est pas nécessaire; une bougie œsophagienne à grosse olive introduite dans l'œsophage, donne tout autant de facilité. Enfin l'on doit se garder de se rapprocher trop du larynx, car, à ce niveau, il est très facile de perforer la paroi du pharynx, sans s'en rendre compte, et ce petit incident peut jeter quelque trouble sur le reste de l'opération et rendre impossible la suture de l'œsophage. On voit d'ailleurs que celle-ci n'est pas nécessaire pour éviter la production d'une fistule œsophagienne.

M. Monod présente une *tumeur fibreuse de la paroi abdominale*, prise pour une tumeur solide de l'ovaire. La tumeur, très mobile, était perceptible par le toucher à droite de l'utérus. Après la laparotomie, on trouva qu'elle était adhérente à la paroi abdominale elle-même, et il suffit de la décortiquer pour l'énucléer facilement.

M. Jalaguier présente des pièces relatives à la pénétration d'éponges ou de gaze dans l'intestin après leur introduction dans le péritoine des animaux.

M. Reynier montre une énorme *tumeur fibreuse de l'utérus* du poids de 16 kilogrammes, enlevée par lui sur une femme de 57 ans.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 26 avril 1893.

Presidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Polaillon, demandant à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire ;

3° *Nouveaux éléments de chirurgie opératoire*, par M. Chalot, 2e édition. Paris, 1893 (O. Doin).

Suite de la discussion sur la résection du coude dans les luxations irréductibles.

Traitement opératoire des luxations irréductibles du coude.

M. Schwartz. J'ai eu l'occasion d'intervenir deux fois dans ces dernières années pour des luxations anciennes du coude non réduites :

La première observation en date est celle d'un jeune garçon de 14 ans atteint d'une luxation du coude droit en arrière complète, qui datait de deux mois; la luxation n'avait pas été réduite et on me l'amena à la Maison municipale de santé en 1890 pour y remédier.

La luxation était complète en arrière, et c'est à peine s'il y avait quelques mouvements au niveau de l'articulation luxée. Je priai mon collègue et ami Nélaton de voir avec moi le petit malade et il fut convenu que sous le chloroforme, nous tenterions la réduction, sans insister, et que nous ferions séance tenante l'arthrotomie ou la résection pour ramener les os à leur place. Le malade étant endormi, l'on essaya de réduire la luxation à l'aide de manœuvres qui avaient été couronnées de succès dans le cas présenté ici même par notre collègue. La réduction fut impossible à obtenir, et je passai séance tenante à l'intervention sanglante. Une incision unique longitudinale postérieure, passant sur l'olécrâne, nous permit d'arriver sur l'articulation luxée et de constater que l'impossibilité de la réduction tenait surtout à des portions fibreuses interposées entre la trochlée humérale et l'extrémité supérieure du cubitus; je fus obligé, après avoir détaché l'olécrâne du cubitus, d'enlever ces parties fibreuses constituées par les insertions du brachial antérieur, puis de réséquer la tête du radius et enfin une portion de la trochlée humérale au niveau de sa partie moyenne. Les os purent alors reprendre une bonne situation; l'olécrâne fut suturé au cubitus par un gros fil de soie, les parties fibreuses périarticulaires furent réunies au catgut et je fermai le foyer traumatique, excepté au niveau de la partie où j'avais intéressé le triceps brachial. Le membre fut immobilisé à angle aigu (75^{cm}) environ, dans un bandage de tarlatane, après qu'on eût fait une hémostase aussi complète que possible. L'articulation fut mobilisée de très bonne heure, dès que la réunion fut obtenue, au bout de dix-huit jours environ. Les résultats furent tout d'abord excellents, malgré l'indocilité de l'enfant, et quand il quitta Paris au bout de quatre mois, il y avait de la flexion et de l'extension suffisantes pour me faire espérer un retour presque complet de ces mouvements; les mouvements de rotation (supination et pronation) étaient moins bons, quoique possibles dans une certaine limite. Une fois rentré chez lui, l'enfant ne se laissa plus exercer et masser, et j'ai appris l'an dernier qu'il avait plutôt perdu que gagné. C'est ce que je viens de constater encore aujourd'hui même. Il existe, au niveau de l'articulation placée au delà de l'angle droit, quelques petits mouvements de flexion et d'extension. Je puis affirmer que, dans ce cas, il n'existait aucune fracture des os constituant l'articulation du coude.

Peu de temps après, en mars 1891, j'eus l'occasion de voir un homme de 35 ans, cultivateur, atteint d'une luxation complète du coude gauche en arrière, qui avait passé inaperçue et qui datait de trois mois environ. Comme la luxation n'avait subi aucune tentative de réduction, j'endormis le malade autant pour l'explorer

très minutieusement, les mouvements étant très douloureux, que pour tenter une réduction à l'aide des moufles. J'étais bien décidé à ne pas insister, comme dans le cas précédent, étant donnés les résultats médiocres obtenus même dans les cas heureux.

La réduction fut impossible. A huit jours d'intervalle, assisté cette fois encore de notre collègue Nélaton, j'ouvris largement le coude par une incision postérieure longitudinale et unique. Elle nous permit de constater encore une fois de plus, l'obstacle apporté par l'insertion du brachial antérieur devenue une masse fibreuse épaissie. Elle fut décollée à la région de l'apophyse coronoïde du cubitus, après que l'olécrâne eût été abattu d'un trait de scie horizontal et laissé adhérent au tendon du triceps. Pour remettre les choses en place, nous fûmes obligé de procéder à la résection de l'apophyse coronoïde en partie, à la résection de la tête du radius, puis l'olécrâne fut suturé avec un gros fil d'argent au cubitus de façon à reconstituer avec ce qui restait de l'apophyse coronoïde un crochet qui embrassât la trochlée humérale; réunion totale. Le bras est immobilisé dans l'extension pour favoriser la réunion de l'olécrâne. Au bout de sept jours, je le place peu à peu dans la position demi-fléchie et commence à le mobiliser au bout de vingt jours.

Les résultats obtenus dans ce cas ont été excellents. J'ai revu mon opéré un an après l'intervention; il fait des mouvements très étendus de flexion et d'extension, qui lui permettent de travailler aux champs comme avant son accident, et cela presqu'avec le même déploiement de force musculaire. Seulement dans les mouvements de flexion très-avancés il est incontestable que l'extrémité supérieure du radius se déplace et glisse sur lo condyle huméral en formant une saillie en arrière du coude, la pronation et la supination sont plus limitées que l'extension et la flexion. Des nouvelles récentes ne font que confirmer ce que nous avons nous-même observé il y a un an.

Au point de vue de l'intervention dans les luxations irréductibles du coude, je partage complètement pour ma part l'opinion émise par mon maître, le professeur Tillaux. Quand une luxation du coude, même ancienne, n'a pas subi de tentatives de réduction, rien ne nous empêche sous le chloroforme d'essayer de la réduction, mais en ne comptant plus sur elle dès que l'espace de temps écoulé dépasse quinze jours à trois semaines ; très rapidement il se produit dans l'articulation et en particulier du côté du brachial antérieur des altérations qui empêchent la réduction ou la rendent inefficace, surtout quand elle est obtenue au prix de grands efforts.

Malgré tout, commo nous l'a montré notre collègue Quénu par

son cas si bien suivi et si bien traité, les mouvements ne se rétablissent pas ; la forme est rétablie, mais la fonction reste en détresse.

C'est pourquoi dans les deux faits que nous venons de rapporter, nous avons, après quelques tentatives très modérées de réduction sous le chloroforme, pratiqué la résection atypique ou incomplète de l'articulation.

Comme notre collègue Lejars, nous nous sommes attaqué aux surfaces articulaires inférieures, n'enlevant dans le premier cas que juste ce qu'il fallait pour réduire, intervenant plus largement dans le second, et reconstituant autant que possible le crochet olécrânien sur l'importance duquel on a suffisamment et justement insisté. Si j'ai un regret, c'est de ne pas avoir agi plus largement chez le jeune garçon de 14 ans, je suis persuadé que l'imperfection relative du résultat fonctionnel obtenu est en rapport avec la modération avec laquelle j'ai respecté le cubitus et surtout l'extrémité inférieure de l'humérus. Étant donné que le coude est largement ouvert, étant donnés les résultats de la résection dans les cas d'ankylose, il nous semble qu'il y a tout avantage à se rapprocher de la résection typique, et je n'hésiterai pas, le cas échéant, à m'attaquer plutôt à l'humérus pour conserver intact, si possible, le crochet olécranien et la tête radiale.

Le procédé opératoire que nous avons employé a consisté à ouvrir l'articulation en arrière par une incision longitudinale médiane qui, prolongée suffisamment en haut et en bas, ouvre un large accès et permet une exploration facile. Dans les deux cas, après l'avoir sectionné à sa base, nous avons laissé l'olécrâne adhérent au tendon du triceps pour le resuturer ensuite au cubitus. Dans aucun des deux nous n'avons réuni sans ligature ni drainage ; nous n'étions pas assez sûrs de notre asepsie pour le faire ; depuis, il nous est arrivé fréquemment de suivre cette pratique pour la résection du genou entre autres, et nous nous en sommes constamment bien trouvé. Nous n'hésiterions donc pas, le cas échéant, à l'employer aussi pour le coude, parce que cela simplifie beaucoup les manœuvres déjà assez longues et pénibles par ellesmêmes.

Si l'olécrâne a été sectionné, comme dans nos faits, il vaudra mieux se conduire pendant les premiers temps comme pour une fracture de l'olécrâne suturée, quitte à mobiliser ensuite rapidement l'articulation nouvelle; c'est de cette mobilisation précoce et méthodique et de la docilité de l'opéré, de la main-forte qu'il prêtera au chirurgien que dépendront beaucoup les résultats fonctionnels définitifs.

M. Félizet. Je ferai remarquer que l'incision médiane postérieure pour la résection que l'on a attribuée dans le cours de la discussion à Farabeuf, appartient en réalité à Park (de Liverpool).

M. Kirmisson. Je pense que, dans les luxations irréductibles du coude, les résections partielles sont parfaitement indiquées. Je vous ai présenté ici, autrefois, un petit malade auquel je pratiquai, en 1889, à l'Hôtel-Dieu, la résection de l'extrémité inférieure de l'humérus en conservant dans leur intégrité l'extrémité supérieure du radius et du cubitus. Depuis lors, je n'ai pas cessé d'avoir des nouvelles de cet enfant et il conserve la mobilité de son articulation.

En revanche, quand on intervient pour une ankylose consécutive à une arthrite, il en va tout autrement. Souvent il existe une tendance invincible à la reproduction de l'ankylose. Dans un cas de cette nature où j'avais pratiqué la résection partielle, portant uniquement sur l'extrémité inférieure de l'humérus, j'ai vu, en dépit d'une mobilisation hâtive, se reproduire très vite la raideur articulaire, et le malade n'a conservé en définitive, qu'une minime quantité de mouvements. Je conclurai donc en disant que les résections partielles sont applicables à la suite des luxations anciennes du coude, tandis que si l'on opère pour une ankylose suite d'arthrite, mieux vaut faire une résection totale.

M. Berger. C'est intentionnellement que j'ai confondu les résections pour arthrites et pour traumatismes ; dans un cas comme dans l'autre, en effet, on intervient contre des raideurs articulaires. Le fait de M. Lejars est exceptionnel ; en général, les luxations aboutissent à des raideurs, et non à l'ankylose vraie. J'ai dit que je n'étais jamais intervenu pour une luxation irréductible. Cependant l'année dernière, j'ai observé une luxation ayant donné lieu à une ankylose chez un jeune garçon. Je pratiquai chez lui la résection du coude et, au cours de l'opération, je vis qu'il y avait eu fracture du condyle huméral. Je fis la résection totale ménagée. Je m'appliquai à mobiliser de bonne heure ; néanmoins il y eut une raideur articulaire considérable et le bénéfice fut petit. Les choses se passent de même dans les ankyloses consécutives aux arthrites ; aussi ai-je pris le parti de faire des résections extrêmement larges.

M. Lucas-Championnière. J'ai dit que l'incision médiane postérieure était recommandée par M. Farabeuf, mais non qu'elle lui appartînt en propre. Il importe, dans tous les cas, d'intervenir très largement, c'est à ce prix qu'on peut éviter la reproduction de l'ankylose. Je ne suis pas de l'avis de M. Berger ; je pense qu'il peut y avoir des ankyloses vraies à la suite des luxations anciennes.

Sans doute, dans certaines formes d'arthrites, consécutives par exemple au rhumatisme, la mobilisation est impossible ; mais ce sont là des cas exceptionnels.

M. Tillaux. Je répondrai à M. Quénu qui m'a rappelé une malade ancienne de mon service, que, dans ce cas, il s'agissait d'une fracture du coude ; l'ankylose se produisit en dépit de la mobilisation. Il est, en effet, des sujets qui s'ankylosent quoiqu'on fasse. M. Lucas-Championnière repousse, comme moi, les tentatives de réduction dans les luxations anciennes ; mais je ne puis avec lui rejeter les résections économiques, parce que, ce qui est vrai pour les arthrites, n'est pas également applicable aux luxations anciennes.

Le but qu'on poursuit, c'est la réduction, avec ou sans incision. Dans un cas, j'ai pu réduire sans résection, les surfaces articulaires étant mises à nu par l'arthrotomie. Si l'arthrotomie est insuffisante, il faut en venir à la résection ; mais je ne vois pas pourquoi l'on ferait une résection plus étendue qu'elle n'est nécessaire. M. Lucas-Championnière croit qu'en faisant une résection très étendue, on évitera plus facilement l'ankylose ; je ne le pense pas. Si l'on a réduit avec ou sans résection, je ne vois pas pourquoi l'ankylose se reproduirait ; ce qu'il faut, c'est une mobilisation hâtive. Pour ce qui est du pansement, j'estime qu'il est préférable de ne le faire qu'après avoir enlevé la bande d'Esmarch et avoir assuré l'hémostase, M. Berger suppose que, dans le cas de M. Lejars, il a pu s'agir d'une fracture ; mais je lui ferai observer que pareille erreur n'est pas possible. Il pense qu'à la suite des luxations irréductibles, on ne voit pas se produire d'ankyloses vraies ; le fait est cependant possible, et moi-même, dans un cas de luxation ancienne de la hanche, j'ai trouvé la tête du fémur soudée à l'os iliaque.

Lectures.

M. Galezowski donne lecture d'un mémoire intitulé : *D'un nouveau procédé opératoire dans le traitement du larmoiement.*

(Commission : MM. Terrier, Delens et Brun, rapporteur.)

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 44.5.93. *Le gerant :* G. Masson.

Des opérations préliminaires et en particulier de la ligature et de la trachéotomie préventives dans le traitement des tumeurs de la cavité bucco-pharyngienne,

Par M. Quénu.

La communication de M. Pieqné sur la trachéotomie préventive dans un cas de polype naso-pharyngien a eu pour effet d'étendre la discussion aux opérations préliminaires destinées à faciliter l'extirpation des tumeurs de la cavité bucco-pharyngienne. Je désire ne traiter que de celles qui ont pour but de parer aux accidents opératoires ou post-opératoires. Trois ordres d'accidents compliquent les opérations sur la cavité bucco-pharyngienne : la perte de sang, les troubles respiratoires et les accidents septiques.

L'hémorragie n'est pas seulement importante par soustraction de sang faite au malade, elle est à chaque instant au cours de l'opération une gêne ou une menace pour le libre fonctionnement de l'appareil respiratoire : L'économie du sang, la respiration libre, tel est donc le double objectif que visent les méthodes en présence. J'envisagerai successivement la ligature dans les opérations sur les maxillaires et sur la langue.

Le dispensaire de Levallois pourvu d'une consultation spéciale pour les maladies de la gorge et pour les maladies de la bouche me vaut annuellement un assez grand nombre de néoplasmes des cavités bucco-pharyngiennes : c'est ainsi que, depuis le commencement de 1892, j'ai eu à pratiquer cinq fois la résection du maxillaire supérieur ; deux fois pour des sarcomes de la mâchoire; deux fois pour des épithéliomas de la pituitaire; une fois pour une récidive d'épithélioma de la joue étendue au maxillaire chez un vieillard de 70 ans. Chez d'autres malades que j'ai opérés antérieurement, soit à Cochin, soit à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier, l'opération a été plus complexe et dans un cas en particulier, j'ai dû faire l'ablation du corps du sphénoïde et mettre à nu la dure-mère de la base du crâne dans l'étendue de 5 à 6 centimètres carrés. Je n'ai perdu aucun de mes opérés : tantôt j'ai fait la ligature de la carotide externe, tantôt je m'en suis abstenu : tout récemment, jeudi dernier, j'ai fait précéder la résection de la mâchoire de la ligature de la carotide externe : à dire vrai, je ne crois pas que l'économie du sang soit de ce chef bien considérable. Cette opération donne du sang principalement à deux de ses périodes : 1° au tracé de l'incision et plus tard à la section de la muqueuse palatine et du voile du palais ; 2° au temps final d'extirpation de l'os.

Or, quant à l'incision, on a beau faire la ligature préventive

s'il vient un peu moins de sang d'un côté de la tranche, il en vient au moins tout autant de l'autre, de la coronaire, des artérioles nasales et de l'ophtalmique ; plus tard, des artères palatines. D'autre part, quand toutes les connexions de l'os sont sciées ou coupées à la pince, le temps final est extrêmement bref, mais alors ce sont moins les quelques palatines, ptérygoïdiennes ou sphéno-palatines qui donnent, que les plexus veineux, zygomatiques, amplifiés par le développement du sarcome maxillaire. A mon avis, l'économie du sang se réalise mieux en faisant au fur et à mesure des incisions, l'hémostase avec des pinces, et quand on est arrivé au dernier temps, qu'on n'a plus qu'à sectionner la voûte palatine et à arracher l'os par un mouvement de torsion, il est facile d'aller très vite et d'enfoncer à la hâte dans le trou béant, une grosse éponge préparée d'avance. Quelques minutes de compression ont vite raison de toute espèce d'écoulement sanguin. Je pense, en résumé, que la ligature unilatérale de la carotide externe ne procure qu'une hémostase insuffisante et que, d'autre part, une économie au moins équivalente peut être obtenue par l'application méthodique des pinces à pression, la vitesse opératoire n'étant indiquée et nécessaire qu'au temps terminal de la résection.

Les conditions sont un peu différentes pour les opérations sur la langue : quand nous intervenons pour des cancers étendus de la langue, nous avons la plupart du temps à extirper non seulement toute la langue, mais le plancher de la bouche d'un côté, des ganglions sous-angulo-maxillaires, parfois des portions de mâchoire inférieure : la double ligature des linguales est insuffisante, il faudrait au moins y ajouter du côté malade la ligature de la carotide externe. Pour mon compte, je me contente de la ligature unilatérale de la carotide externe ; elle a l'avantage de rendre moins saignante l'incision qui suit le bord inférieur de la mâchoire, la plaie qu'elle exige fait pour ainsi dire partie du plan opératoire en permettant de visiter les ganglions qui entourent la bifurcation de la carotide primitive. La peau rabattue et la mâchoire sciée sur la ligne médiane et écartée, je ne coupe plus les tissus qu'entre des pinces de Kocher ou mieux des pinces américaines un peu fortes : alors, une fois l'extirpation faite à ras de l'épiglotte, je substitue aux pinces des ligatures à la soie, traitant ainsi un moignon de langue comme un pédicule de tumeur abdominale. Tel est le procédé d'hémostase que j'ai suivi chez un malade opéré avec l'assistance de M. Baudouin, il y a plus de quatre ans et demi, et que j'ai fait revenir de Péronne, l'an dernier, pour vous le présenter ; j'ai eu, ces dernières semaines, de ses nouvelles ; sa santé est toujours parfaite et il n'offre aucune trace de récidive.

Donc, au point de vue spécial de l'hémorragie, je rejette la ligature préventive pour les résections des mâchoires, j'accepte la ligature de la carotide externe pour les extirpations étendues de la langue. La trachéotomie préventive ne me paraît nullement nécessaire ni utile quant à l'hémostase.

Restent les polypes naso-pharyngiens ou les tumeurs du voile du palais saillant dans le pharynx : ces tumeurs sont particulièrement vasculaires, ce sont de véritables tumeurs télangiectasiques, tantôt fibreuses ou myxomateuses, tantôt sarcomateuses. On pense bien qu'ici la forcipressure est inapplicable : on a donc encore utilisé la ligature préventive des artères du cou : c'est ainsi que, dans deux cas de tumeurs du voile du palais (Trèves, *Patholog., Soc of Lond.*, 1884) lia la carotide primitive, les deux malades guérirent. J'aurais préféré, pour ma part, m'adresser à la carotide externe et je ferais volontiers la ligature bilatérale. On peut encore utiliser un autre procédé, ménager du sang, c'est de faire l'opération en plusieurs temps afin de permettre au malade, qui est habituellement jeune et dont, par conséquent, la nutrition est active, de refaire du sang dans l'intervalle. J'ai suivi cette méthode chez un jeune homme que j'ai opéré à Beaujon, en 1886 : le malade avait eu des hémorragies qui l'avaient rendu presque exsangue ; j'incisai le voile du palais dans la position de Rose, enlevai rapidement la moitié de la tumeur et lis de la compression : quelques semaines après, je terminai l'opération. J'ai revu ce malade, il y a quelques jours, il doit entrer dans mon service pour se faire recoudre son voile du palais, c'est un homme actuellement robuste et sanguin que j'espère vous présenter à une prochaine séance.

En résumé, l'hémostase avec les pinces partout où celles-ci peuvent être appliquées, l'hémostase par la ligature d'une carotide externe dans les cancers étendus de la langue, par la ligature des deux carotides externes réservée à certaines tumeurs pharyngiennes de nature vasculaire, telle est la conduite chirurgicale que j'adopterai.

Le deuxième ordre d'accidents inhérents aux opérations buccopharingiennes consiste en troubles respiratoires.

Tout le monde sait que dans les résections médianes du maxillaire inférieur, la langue dont les attaches génio-glossiennes ont été sectionnées, a une tendance à s'abattre sur l'épiglotte et à produire l'asphyxie. De même dans certaines ablations totales de la langue il se produit de la dyspnée intense dès qu'on lâche le moignon lingual, j'ai dû, dans le cas que je rappelais tout à l'heure, rattacher la base de l'épiglotte à la symphise maxillaire par un gros fil de soie. Dans ces diverses circonstances, la dyspnée

résulte de l'acte opératoire et des modifications qu'il a apportées à la mécanique de la respiration. Il n'en est pas de même pour les tumeurs du pharynx ou du voile du palais : alors la dyspnée est le fait, non de l'exérèse, mais de la tumeur : qu'elle préexiste ou non à l'opération, elle se développe ou s'accroît sur la table aux premières inspirations de l'anesthésique. Chez un malade du Dr Deakin (*Brit. med*, 1884), qui portait une large tumeur de la voûte palatine, le malade n'échappa qu'avec peine à la suffocation. Chez un homme de 32 ans, porteur d'une énorme tumeur du voile du palais que j'opérai avec l'assistance de M. Terrier en 1887, les troubles respiratoires pendant l'anesthésie furent tels que je dus faire la trachéotomie d'urgence. Je procédai à l'extirpation de la tumeur dans une seconde séance. Voici le résumé de cette observation que je dois à M. Hallé, alors interne du service.

Fibrome du voile du palais.

C. L..., forgeron, âgé de 32 ans, entré le 26 avril 1887, salle Jarjavay, numéro 13, à Bichat.

Pas d'antécédents héréditaires importants. La santé antérieure du malade toujours excellente. A 15 ans il a eu une fluxion de poitrine et une pleurésie, guéries rapidement et sans suite.

Pas d'accidents strumeux de l'enfance. La seule particularité à relever dans son histoire, c'est la fréquence des épistaxis. Vers 12 ou 13 ans, il a commencé à saigner du nez très fréquemment, par moments presque tous les jours. Ces épistaxis étaient peu abondantes, sans douleur. Le nez restait libre, il n'y avait aucun symptôme de coryza. D'après le malade, ce serait une particularité commune dans sa famille. Sa mère et sa grand'mère auraient eu pendant longtemps les mêmes accidents.

Il y a cinq ou six ans, le malade s'aperçoit qu'il a dans la gorge, en arrière du palais, une petite grosseur, apparue sans donner lieu d'abord à aucun symptôme. En s'en apercevant pour la première fois, il croit à un simple mal de gorge : un médecin qu'il consulte a la même pensée, est sur le point d'ouvrir la tumeur, comme un abcès, mais reconnaît qu'il s'agit d'autre chose et n'intervient pas. A cette époque la tumeur était déjà assez volumineuse, mais le nez était entièrement libre et la déglutition facile.

Depuis deux ans seulement la narine gauche a commencé à s'obstruer, en même temps que la déglutition s'est embarrassée, ainsi que la parole. Vers la même époque il a commencé à ronfler bruyamment pendant tout le temps de son sommeil.

Depuis le début de l'affection, les épistaxis ont continué comme par le passé, pas plus abondantes : depuis quelque temps elles ne se font que par la narine droite restée libre.

État à l'entrée. — Homme robuste, gras, présentant toutes les

apparences d'une excellente santé, teint coloré. Il mange bien et beaucoup, n'a nullement maigri, ne tousse jamais. La déglutition est en somme peu gênée. A peine si le malade mange un peu lentement, jamais de suffocation ni de régurgitation en mangeant. La parole est un peu plus altérée : la voix a un timbre nasonné, et certaines syllabes sont mal prononcées. La respiration n'est pas sensiblement gênée pendant le jour et au repos, mais pendant le sommeil on s'aperçoit aisément que la tumeur fait un obstacle mécanique sérieux dans l'arrière-gorge. Dès qu'il s'endort, le malade est pris d'un ronflement très fort, assez bruyant pour empêcher complètement ses voisins de dormir : de plus, après quelques instants de sommeil, le ronflement augmente, s'accompagne de tirage : la face se cyanose fortement et le malade est réveillé tout à coup. Après un instant de respiration calme, il se rendort aisément. Cet accident se produit quatre à six fois chaque nuit.

Dans le jour, d'ailleurs, le sommeil est fréquent : le malade mange beaucoup, travaille peu, et s'endort plusieurs fois dans le jour. On peut donc aisément se rendre compte des troubles respiratoires accusés pendant le sommeil : du ronflement, de la cyanose et de l'apparence vraiment asphyxique qu'il présente dans le sommeil profond. Au réveil, il est pendant assez longtemps étourdi, hébété. D'ailleurs, pas de véritables accidents cérébraux, jamais de perte de connaissance, ni de troubles intellectuels.

La tumeur n'est le siège d'aucune douleur. En faisant ouvrir la bouche, on constate très aisément, et du premier examen, la présence d'une tumeur volumineuse occupant toute la partie gauche de l'isthme du gosier et du pharynx, faisant saillie surtout au niveau du voile du palais qu'elle déforme, dépassant la ligne médiane en s'avançant vers la droite. En avant, la tumeur s'étend presque vers le bord postérieur du palais osseux. En arrière, elle va jusqu'au contact de la paroi pharyngienne postérieure. Le doigt peut cependant être engagé entre elle et cette paroi dont elle est entièrement indépendante. En dehors, elle est adhérente et confondue avec la paroi latérale du pharynx au niveau des insertions du voile.

La partie antérieure et inférieure de cette tumeur, seule visible en faisant ouvrir la bouche, fait une forte saillie au niveau même du voile palatin : saillie arrondie, lisse, régulière. En ce point, sa consistance est dure, comme cartilagineuse. Sa coloration est celle de la muqueuse normale du voile qui la recouvre, un peu plus rouge qu'à l'état sain : sur cette muqueuse, on voit au niveau de la tumeur une trace cicatricielle peu appréciable. (Un médecin de la ville a fait en ce point une ponction avec un fer rouge, dit le malade, ponction qui n'a donné issue qu'à une goutte de sang.)

En cherchant à apprécier les rapports de la tumeur, on peut s'apercevoir qu'une couche assez épaisse de tissus sains la recouvre, il y a certainement en avant d'elle, la plus grande partie des couches normales du voile du palais, lui formant enveloppe et même legèrement mobiles sur elle. Quant à la tumeur elle même, elle est à peu près

complètement immobile, le doigt ne peut la repousser en arrière, ni en haut.

En résumant les résultats de cette exploration, on peut dire que la tumeur semble développée et contenue dans l'épaisseur du voile du palais, qu'elle adhère à la paroi externe du pharynx, et qu'elle fait saillie dans sa cavité, en arrière et au-dessus du voile, en avant et au-dessous dans la cavité buccale. Elle ne paraît pas remonter très haut dans l'arrière cavité nasale. La narine gauche n'est pas entièrement obstruée, et un stylet introduit d'avant en arrière, peut arriver jusqu'à la paroi pharyngienne. La dernière particularité qui frappe à l'examen du malade est une légère déformation de tout le côté gauche de la face ; le creux parotidien de ce côté est un peu effacé, et comme empâté dans ses contours. Cependant la palpation profonde n'y découvre rien d'anormal. Les mouvements du maxillaire inférieur sont libres, le malade ne ressent aucune douleur de ce côté, il semble qu'il n'y ait là qu'un peu d'œdème sous-cutané.

L'ablation de la tumeur par la voie buccale, après l'incision du voile palatin, est décidée, et fixée au 8 mai.

Le malade est endormi au chloroforme par le procédé ordinaire. Après trois à quatre minutes d'inhalation, bien avant l'établissement complet de l'anesthésie, la respiration s'embarrasse et le malade se cyanose. La langue est prise et tirée, la respiration se rétablit momentanément, puis s'interrompt de nouveau. Deux fois on provoque la reprise de l'inspiration en cherchant à repousser en arrière et en haut la tumeur pharyngienne. Mais la respiration s'arrête définitivement. Le malade fait des efforts thoraciques violents sans que l'air puisse pénétrer, la cyanose s'accentue rapidement. Il est en ce moment en contracture généralisée, les mâchoires sont fortement serrées, la langue mordue. Les mâchoires sont écartées de force, et la langue tirée de nouveau en dehors , sans résultat : l'air ne pénètre plus : des caillots et du sang noir coulant des morsures de la langue remplissent l'arrière bouche, la cyanose et l'asphyxie sont très accentuées et la situation grave. La trachéotomie est faite rapidement, elle s'accompagne d'une hémorragie noire très abondante et de pénétration de sang dans la trachée par l'emploi d'une trop petite canule. On la remplace par une plus grosse et on commence la respiration artificielle. Beaucoup de sang est évacué par la canule par les mouvements artificiels du thorax : bientôt le malade, entièrement en résolution, commence à se contracturer et les mouvements respiratoires se rétablissent graduellement. Une hémorragie intérieure, persistante malgré la compression autour de la canule, nécessite la ligature d'une artériole dans l'angle supérieur de la plaie qui est rétrécie par deux points de suture au crin de Florence.

Le malade est entièrement réveillé et respire bien. L'opération est remise à quelques jours.

Cette vive alerte n'a aucune suite; dès le soir le malade est remis; il supporte très bien sa canule. Le lendemain la température monte à 38° le soir, puis redevient absolument normale le quatrième jour. Une glossite assez intense se déclare, suite des morsures profondes de la

langue; celle-ci est coupée par les dents en plusieurs points sur les bords, et surtout à sa face inférieure près du frein; il y a là une plaie transversale, profonde de 4 centimètres, pénétrant dans le corps musculaire de l'organe. Cette glossite gêne l'alimentation, et le malade ne peut plus prendre qu'une petite quantité d'aliments liquides.

Des lavages boriqués et chloralés très fréquents, sont faits dans la bouche. A part cela, l'état général est très bon; la respiration est libre; les poumons sains à l'auscultation. La plaie de trachéotomie est en bon état; elle est pansée à l'iodoforme, et le cou est entouré d'une cravate de gaze contenant au devant de la canule plusieurs doubles de gaze iodoformée. Les deux points de suture au crin sont enlevés le cinquième jour. La semaine se passe ainsi très bien. Le 15 au soir, l'état est parfait; la température à 37°. Quelques petits râles muqueux à la base gauche du poumon.

Le 16, deuxième intervention; ablation de la tumeur.

L'anesthésie est faite par la canule trachéale très facilement; peu de chloroforme est nécessaire; dans les intermittences de l'administration du chloroforme, une compresse de gaze mouillée est placée au devant de la canule. Le bâillon de Trélat est appliqué difficilement, à cause de l'absence de plusieurs dents et de l'œdème encore considérable de la langue. Si on l'attire un peu en avant, elle est si fortement comprimée par le bâillon qu'on peut craindre dela voir blessée. Si on la laisse tout entière dans la bouche, la plaque la refoule vers le voile du palais, et elle masque partiellement la tumeur. La tête est renversée sur le bord du lit dans la position de la staphyloraphie. Le voile du palais est incisé, au devant de la tumeur, sur sa face inférieure, avec le petit couteau du galvano-cautère. La section est faite dans le sens antéro-postérieur, parallèlement au pilier antérieur; tenue en avant jusqu'au rebord du palais osseux, elle n'atteint pas en arrière le bord libre du voile. La muqueuse et une couche musculaire épaisse sont aussi sectionnées. Deux pinces à pression sont placées sur les deux lèvres de la boutonnière palatine permettant leur écartement, et la tumeur apparaît avec une surface blanche, dure et lisse; elle est saisie avec la pince de Museux tirée en avant et arrachée lentement sur tout son contour à l'aide des doigts et de la rugine; cette énucléation est laborieuse à cause de l'étroitesse de la voie palatine, du volume et de la consistance très dure de la tumeur, plus qu'à cause de ses adhérences; elle paraît libre dans une couche celluleuse sur presque toute sa surface et adhérente seulement par son côté externe à la paroi pharyngienne du côté de l'apophyse ptérygoïde; la rugine est nécessaire pour la détacher de l'os à ce niveau. Enfin, après un quart d'heure environ de manœuvres, une traction assez forte amène la tumeur au dehors, à travers la boutonnière du voile du palais très dilatée; il n'y a pour ainsi dire pas d'hémorragie pendant toute cette énucléation. Pas une goutte de sang n'a passé dans les voies aériennes, grâce à la canule trachéale. Aucune ligature n'est nécessaire; les pinces placées sur les lèvres de l'incision du voile pendant l'opération, et la compression ont suffi à l'hémostase.

Après l'ablation, persiste une cavité bien évidemment creusée dans l'épaisseur du voile palatin, limitée de tous côtés par des parties molles et qui se rétrécit aussitôt après l'énucléation; le doigt introduit dans cette cavité peut aisément se rendre compte que l'ablation est complète et qu'aucune partie de tissu dur ne persiste; on sent à son côté externe une petite surface osseuse dénudée par l'énucléation et qui est évidemment l'apophyse ptérygoïde, point d'attache probable de la tumeur.

La cavité et la bouche sont lavées à grand courant de solution boriquée froide; deux tampons de gaze iodoformée servent à bourrer la cavité palatine; ils sont munis d'une ficelle qui sort par la bouche et est fixée à la joue.

Le malade est facilement réveillé; le bâillon enlevé.

Aussitôt qu'il est replacé dans son lit la tête redressée, un suintement sanguin assez inquiétant se produit; le sang vient en nappe du fond et des bords de la cavité. Après des injections froides sans succès, le fond du pharynx est tamponné en entier avec une grosse éponge munie d'une ficelle et appuyée en bas sur la langue. L'éponge est laissée deux heures et demie en place.

Aucun suintement sanguin après son ablation. En résumé, les manœuvres d'extirpation et l'hémostase, par ce procédé, eussent été impossibles sans trachéotomie.

Les suites de l'opération sont des plus simples.

Le deuxième jour, la température monte le soir à 38°,8; le troisième, elle ne dépasse pas 37°,5.

Le cinquième jour, 38, 4, puis elle reste normale ensuite.

Le premier jour, glace par petits fragments; le soir, potion de Todd glacée; dans les vingt-quatre heures, quatre lavages au chloral à 1 0/0 froid.

Les jours suivants, alimentation liquide; lavages boriqués fréquents.

Le quatrième jour, ablation des deux tampons; la canule est déjà fortement revenue sur elle-même; les bords de l'incision palatine sont irréguliers et présentent des eschares qui commencent à se détacher.

Le 21 (5e jour), la canule de trachéotomie est enlevée le matin; on devait la replacer encore le soir pour la nuit; le soir la plaie trachéale est fermée, et l'air ne passe plus; la respiration est facile par la bouche.

Dès le lendemain, le malade parle bien, respire aisément; il n'y a plus aucun ronflement dans le sommeil; les lavages buccaux sont continués encore.

Le 29, le malade sort en très bon état; les plaies de la langue, la plaie de trachéotomie sont entièrement occluses; la cavité est comblée; il persiste encore une petite fente irrégulière sur le voile du palais épaissi, les bords sont granuleux et la cicatrisation spontanée semble devoir se faire.

Il a été revu depuis complètement guéri.

Examen de la tumeur. — Elle a le volume d'une orange, elle est très lourde pour son volume. Sa forme générale est celle d'un ovoïde

un peu aplati dans le sens transversal. La surface est un peu irrégulière, légèrement couverte de bosselures peu saillantes, arrondies. La coloration de cette surface est d'un blanc jaunâtre, rosée et rouge en certains points par le sang desséché. Cette surface est couverte d'une couche mince de tissu celluleux lâche infiltré de sang. Sa consistance est homogène, dure, fibreuse même, non élastique.

A la coupe, la tumeur est formée d un tissu fibreux, blanc mat, disposé en nappes et en noyaux assez bien limités, presque énucléables ; cette coupe ressemble absolument à celle des corps fibreux utérins ; elle est un peu vasculaire. Il n'y a pas de véritable enveloppe distincte à cette tumeur ; la surface ne présente que cette mince couche celluleuse lâche.

L'examen histologique pratiqué sur les coupes faites le jour même, après congélation, montre qu'il s'agit bien d'un fibrome ; par place, la tumeur est formée de tissu fibreux pur, adulte (sans presque de cellules), disposé en faisceau de fibres lamineuses ; en d'autres points, on trouve des éléments cellulaires plus abondants fusiformes et étoilés, noyés dans une substance hyaline, assez abondants même pour former de véritables foyers myxomateux. Les vaisseaux sont rares et peu volumineux. Le point d'implantation fort étroit contient une petite parcelle osseuse.

Je relève principalement dans cette observation le récit des phénomènes dyspnéiques se produisant non seulement pendant le sommeil chloroformique, mais pendant le sommeil ordinaire ; on ne peut mettre ces troubles exclusivement sur le compte de l'obstruction mécanique des voies respiratoires, les voies aériennes supérieures étant restées perméables ; d'autre part, nous avions été tous frappés par l'air hébété habituel du malade, ses tendances au sommeil, la cyanose de la face et du cou, l'œdème et l'empâtement de la région parotidienne. Tous ces troubles disparurent après l'opération, l'esprit redevint alerte, la coloration des téguments normale : nous songions à attribuer ces accidents à la compression de la veine jugulaire et peut-être faut-il accuser plutôt celle du pneumogastrique et du spinal, par suite de l'envahissement par la tumeur de l'espace maxillo-pharyngien. La ligature de la veine jugulaire interne ou son extirpation que j'ai une fois pratiquée n'ont jamais produit de phénomènes analogues ; d'autre part l'attitude couchée était insuffisante pour les faire apparaître, il fallait que le malade s'endormît : cette dyspnée était donc liée dans une certaine mesure à la perte de la contraction volontaire de certains groupes musculaires ; ce qui est certain, c'est que le sommeil anesthésique ou non, amenait la dyspnée, et qu'avec le chloroforme la dyspnée allait jusqu'à l'asphyxie. Dans de telles conditions la trachéotomie devenait une opération de nécessité : je n'hésiterai pas dorénavant dans les circonstances

analogues à en faire un temps prévu de l'intervention chirurgicale.

Il me reste enfin à passer en revue les accidents septiques : ces accidents sont exceptionnels quand l'opération porte sur la voûte de la cavité bucco-pharyngienne, et deviennent presque la règle lorsque le foyer opératoire en occupe le plancher. On a beau au préalable laver la bouche et nettoyer les dents, la plupart de ces cancers ulcérés dans des bouches mal tenues ne sont pas susceptibles d'une désinfection complète : une circonstance vient encore compliquer les suites de l'opération : lorsque l'action chirurgicale a dû s'étendre au pharynx ou au voile du palais, ou même parfois quand elle s'est limitée à la langue, la déglutition devient totalement impossible, c'est un fait bien connu, mais il y a encore des différences suivant les malades : chez certains, l'alimentation par la sonde introduite par le nez s'exécute facilement, et j'ai le souvenir de deux malades qui, dès la première nuit, ayant soif, se firent de la sorte couler du lait dans l'œsophage, sans l'assistance de personne. Chez d'autres, l'usage de la sonde est extrêmement pénible, impossible même, la sonde est refoulée vers le larynx au lieu d'être déglutie, le liquide qu'on verse dans l'entonnoir reflue vers le pharynx et détermine de la toux : enfin les liquides salivaires mêlés à des débris septiques peuvent couler vers l'orifice glottique, exciter la toux et inoculer les voies aériennes. Ces opérés sont exactement dans les conditions des chiens auxquels Claude Bernard coupait les deux pneumogastriques et chez lesquels on trouvait quelques jours après à l'autopsie des lésions de broncho-pneumonie; je rappelle du reste que Frey a vu l'injection du liquide buccal dans la trachée amener le même résultat.

Les malades que j'ai perdus à la suite d'opérations sur le pharynx ou sur la langue sont tous morts de pneumonie : du reste, ce rôle de la pneumonie a été mis hors de doute à la suite des recherches de Barker de Londres et de Kocher de Berne : on comprend donc admirablement qu'on ait cherché à réaliser par tous les moyens possibles à protéger les voies aériennes contre la contamination. C'est dans ce but que Kocher, un des premiers, fit la trachéotomie préventive pour les cancers de la langue et du pharynx, apportant une belle statistique de onze cas de cancers de la langue avec une seule mort et de cinq opérations de tumeurs du pharynx avec une seule mort. Cette conduite chirurgicale déjà observée antérieurement par Langenbeck, mais en vue de parer à d'autres accidents que la septicémie pulmonaire, fut adoptée en Allemagne et en Angleterre par un grand nombre de chirurgiens. En France, Monod est, je crois, le seul qui l'ait appliquée et recommandée. Nos Bulletins de 1886 témoignent que sa communication ne fut pas reçue par ses collègues avec beaucoup de faveur.

Je crois pourtant pour ma part, qu'il était dans le vrai; je considère comme absolument difficile, sinon impossible, de bien faire l'asepsie post-opératoire de la bouche, pour des cas semblables : les lavages ne lavent rien et glissent sur les secrétions gluantes qui adhèrent à la surface cruentée. La trachéotomie associée à la sonde œsophagienne à demeure permet au contraire de bourrer le pharynx de gaze antiseptique et d'isoler ainsi complètement le foyer opératoire et la bouche des voies aériennes : ce tamponnement du pharynx me paraît infiniment supérieur au tamponnement de la trachée par une canule quelconque. J'ai suivi cette pratique il y a deux jours chez un malade auquel j'ai enlevé toute la langue jusqu'à l'épiglotte, le plancher de la bouche et les ganglions; jusqu'ici les suites opératoires sont aussi simples que possible [1].

En résumé j'adopte sur cette question des opérations préliminaires pour les interventions sur la cavité bucco-pharyngienne les conclusions suivantes :

1° Les opérations préliminaires, ligatures ou trachéotomie, sont inutiles dans les résections du maxillaire supérieur ou dans l'hémi-résection du maxillaire inférieur;

2° La ligature des deux carotides externes me semble une opération rationnelle avant l'ablation de certains polypes nasopharyngiens dont on a reconnu la vascularité, cela au point de vue de l'hémostase;

3° La trachéotomie préventive me paraît indiquée dans certains cas de tumeurs naso-pharyngiennes ou certaines tumeurs du voile du palais s'accompagnant de troubles respiratoires principalement pendant le sommeil;

4° La trachéotomie préventive est recommandablo, associée à la ligature de la carotide externe, dans les opérations pour cancers étendus de la langue et du plancher de la bouche, non pas afin de sauvegarder la respiration pendant l'acte opératoire, mais pour isoler les voies aériennes d'un foyer de contamination.

Présentation de malades.

M. Verneuil présente les deux malades auxquels il a fait allusion dans la discussion sur le traitement des polypes naso-pharyngiens. L'un, opéré par les cautérisations successives, a vu s'atrophier tous les lobes de la tumeur; il est définitivement guéri sans difformité apparente; il conserve, il est vrai, une large fente palatine, mais

[1] État parfait le 9e jour, date où ce manuscrit est remis.

il parle assez distinctement. L'autre, opéré en 1877, à l'âge de dix ans, par l'extirpation totale du maxillaire supérieur, offre actuellement une énorme asymétrie de la face. Il est, en effet, un facteur dont il faut tenir compte dans l'appréciation de la difformité ultérieure, quand on opère chez de jeunes enfants, c'est le développement du maxillaire du côté sain qui augmente dans des proportions énormes l'asymétrie de la face.

M. Tuffier présente un malade atteint de fracture comminutive grave du coude auquel il a pratiqué l'arthrotomie et l'enchevillement des fragments.

M. Chaput présente une jeune femme chez laquelle il a eu recours à la prothèse métallique du nez, pour un effondrement syphilitique de cet organe.

Présentation d'instrument.

M. Kirmisson présente, au nom de M. May, directeur de l'hospice des Enfants-Assistés, un appareil destiné à préparer les bandes plâtrées et silicatées.

Présentation de pièce.

Tumeur kystique de l'épiploon.

M. Paul Segond. Sans être exceptionnelle, la tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter, est cependant assez rare pour mériter votre attention. Il s'agit d'un volumineux kyste du grand épiploon. L'opéré est un ferblantier de Lisieux, robuste et bien constitué, dont les antécédents personnels et héréditaires ne présentent rien de spécial. Tout son passé pathologique se résume en effet à quelques accès de fièvre intermittente survenus en 1870 et dont il n'a plus été question depuis. Bref, c'est en pleine santé et sans cause appréciable que le mal s'est développé. En juillet dernier, après quelques semaines de malaises mal déterminés avec sensations de pesanteurs à l'épigastre, le malade a vu son abdomen prendre assez vite des dimensions alarmantes. Je crois que M. Lancereaux, consulté à cette époque, fit, après ponction exploratrice, le diagnostic de kyste du pancréas, mais j'ignore le traitement prescrit. Quoi qu'il en soit, l'accroissement des dimensions

abdominales s'accusant chaque jour davantage, le malade est entré dans mon service de la maison de santé le 20 mars.

A cette date, j'ai constaté facilement que la distension sus-ombilicale de l'abdomen était causée par une volumineuse tumeur offrant les caractères d'un kyste uniloculaire à contenu liquide, occupant toute la largeur de l'abdomen dans sa moitié supérieure et descendant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette masse kystique directement appliquée contre la paroi abdominale paraissait peu mobile, sa forme globuleuse se reconnaissait aisément par la palpation aussi bien que par la percussion, et la matité perçue à son niveau se continuait avec la matité hépatique. J'ajoute que la pression était partout indolonte et que la surface du kyste lisse et régulière ne laissait percevoir aucune induration. En somme, nous étions, sans doute possible, en présence d'un kyste déposé à froid dans la région supérieure de l'abdomen et se développant avec rapidité sans provoquer ni douleur, ni trouble fonctionnel important. Dans ces conditions, si je n'avais point connu les résultats de la ponction pratiquée par M. Lancereaux, j'aurais sans doute diagnostiqué un kyste hydatique. Mais, sachant d'une part que le liquide sanguinolent recueilli par M. Lancereaux condamnait cette hypothèse et n'ayant, d'autre part, relevé aucun signe qui me permît de croire à un kyste rénal, je me suis rallié au diagnostic un peu vague, mais suffisant, de kyste développé soit aux dépens du pancréas, soit aux dépens du péritoine. Restait la détermination de la conduite à suivre et celle-ci m'a paru très simple. Le 7 avril, j'ai pratiqué la laparotomie. Une incision médiane sus-ombilicale m'a conduit sur la paroi kystique partout recouverte d'un feuillet épiploïque. Puis, après les précautions pour éviter la pénétration du liquide dans le péritoine, j'ai successivement évacué par incision directe, 7 litres 1/2 de liquide contenu dans le kyste, puis énucléé la poche. Celle-ci adhérait dans toute son étendue aux feuillets du grand épiploon dont elle était comme enveloppée. Il m'a donc fallu les décortiquer à l'aide de mes doigts et ce travail n'a pas été sans exiger une certaine attention et de nombreuses ligatures perdues. Mais, en fin de compte, tout s'est passé simplement et dix à quinze minutes m'ont suffi pour extraire la totalité de la poche, réséquer les lambeaux d'épiploon trop avarié par le travail de décortication et terminer l'hémostase. J'ai suturé la plaie abdominale sans drainage, les suites opératoires ont été des plus bénignes et la guérison est aujourd'hui complète.

La tumeur se présente, vous le voyez, sous la forme d'une vaste poche uniloculaire à parties blanchâtres, fibreuses et peu épaisses. La face interne du kyste est lisse comme une séreuse. Sa face externe présente, au contraire, par place, les vestiges des adhé-

rences filamenteuses qui l'unissaient partout aux feuillets épiploïques. J'appelle enfin votre attention sur l'épaississement limité, mais très net, que la poche présente en un seul point de son étendue. A ce niveau, il existait une adhérence fibreuse très résistante qui unissait le kyste au colon transverse et qui lui formait ainsi une sorte de court et unique pédicule. Partout ailleurs, la poche n'avait, avec son enveloppe épiploïque, que des adhérences très vasculaires, sans doute, mais assez lâches. Etait-ce là le foyer d'origine du kyste ? Je ne sais. Mais le fait intéressant et positif, c'est que l'examen histologique de la zone épaissie, a permis à mon interne, M. Cazin, de déterminer la véritable nature du néoplasme, lequel doit être considéré comme *un fibrosarcome kystique du grand épiploon.*

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 3 mai 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. G.-Marchant, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

3° Deux observations : a. *Luxation du tendon extenseur du médius gauche ;* b. *Luxation complète du coude en dedans,* par M. Le Clerc (de Saint-Lô), membre correspondant.

Communication.

Exophthalmos pulsatile de l'œil droit consécutif à une fracture de la base du crâne, et traité par la compression directe; amélioration.

Par M. Picqué, chirurgien des hôpitaux, et M. Despagnet.

Les nombreux faits d'exophthalmos pulsatile publiés depuis la thèse de M. Debus et celle de M. Terrier sont aujourd'hui bien connus, grâce aux statistiques de Sattler, Chauvel, Eckerlin, de Wecker et celle plus récente de Le Fort, où ces auteurs les ont commentés avec le plus grand soin, et l'on peut dire qu'aujourd'hui l'histoire de cette curieuse affection est bien près d'être définitivement fixée. Il m'a paru cependant intéressant de signaler un cas nouveau qui, s'il vient confirmer la plupart des notions acquises, présente quelque intérêt au point de vue pathogénique et thérapeutique.

Nous le publierons tout d'abord en faisant suivre cette relation des réflexions qu'il nous a suggérées.

Mme M..., 60 ans, est renversée le 3 juillet 1892, par un fiacre qui lui passe sur le corps. Elle est relevée sans connaissance et présente dès le début une hémorragie *de l'oreille et de la narine gauche.* Ramenée chez elle, elle reçoit les soins de notre confrère, Mlle Danel, à qui nous devons les premiers détails de notre observation. Notre confrère constate l'écoulement sanguin de l'oreille et du nez qui s'arrête sitôt que la malade est couchée. Une demi-heure après, Mme M... reprend connaissance. Elle n'a aucun souvenir de ce qui est arrivé. Elle accuse des douleurs atroces au sommet de la tête. Pendant la nuit une nouvelle hémorragie abondante se produit toujours par *la narine et l'oreille gauche*, hémorragie qui se continua sous forme de suintement sanguinolent jusqu'au jeudi 7.

En même temps que la céphalalgie violente, la malade présente des troubles subjectifs intéressants; dès la première nuit, elle entend un bruit assourdissant qui semblait, disait-elle, se produire à gauche et au-dessus d'elle et qu'elle comparait à l'action d'une scie. Ce bruit de scie sembla se renforcer à partir du septième jour et ne disparut que vers les premiers jours de septembre.

Jusqu'au samedi 9 juillet, Mlle Danel ne remarqua rien d'anormal du côté de la face. La malade était dans une prostration grande; la température était restée normale jusqu'au 8 au soir où elle monta à 38°. Le 9, pas de variation. Le 10, elle s'élève à 38°7, degré qu'elle n'a jamais dépassé.

Le 9 juillet au matin, notre confrère remarqua un gonflement de la paupière supérieure *droite* qui augmenta rapidement pour devenir

considérable le soir. En même temps la céphalalgie redouble et le bruit de scie devient plus accusé.

Le 13 juillet, le Dr Despagnet, qui avait antérieurement opéré la malade de la cataracte de l'œil gauche, est appelé pour donner des soins à l'œil droit. La malade très faible parle avec difficulté.

L'œil droit est fortement projeté en avant et a en dehors de l'orbite le volume d'un gros œuf. Les paupières fortement œdématées et tendues le recouvrent. La peau en est rouge, luisante. Entre elles fait saillie la muqueuse conjonctivale qui forme chémosis.

Rien de particulier à signaler qui soit appréciable en dehors de l'état inflammatoire apparent, aucun battement n'est visible. La palpation ne permet pas d'en découvrir davantage. Le toucher laisse simplement constater une induration générale considérable de toute la masse orbitaire. L'auscultation est négative.

En entr'ouvant les paupières, ce que l'on ne peut faire qu'avec la plus grande peine, on trouve l'œil fortement injecté et offrant un chémosis considérable qui fait saillie au dehors et qui en partie recouvre la cornée dont la partie accessible est saine. La pupille est dilatée et réagit à la lumière, mais faiblement. L'examen du fond de l'œil est impossible, le cristallin étant complètement cataracté. Toutefois on constate que la perception lumineuse existe. Les mouvements de l'œil sont très limités et douloureux. L'absence de toute pulsation appréciable ainsi que de tout bruit de souffle, l'apparition de l'exophtalmie sept jours après l'accident firent penser au Dr Despagnet qu'il pouvait peut-être bien s'agir là d'un phlegmon orbitaire produit par la pénétration de quelques esquilles osseuses, de l'ethmoïde peut-être, dans l'orbite et infection consécutive par le nez. L'hypothèse était d'autant plus vraisemblable que la fracture de la base du crâne était démontrée par l'écoulement de la narine et de l'oreille et que les phénomènes oculaires étaient tout à fait d'aspect phlegmoneux. Toutefois il se borna à prescrire la compression avec l'application permanente de glace. On donna en même temps des cordiaux et on fit des injections de morphine, six jours se passent ainsi. Les phénomènes phlegmoneux sont devenus plus accusés. Toujours pas de pulsation apparente sensible au toucher; pas de bruit de souffle perceptible. La malade accuse des douleurs lancinantes aiguës dans l'œil droit. Tous les jours on fait la toilette de l'œil avec une solution de sublimé à 1/20000e.

Le 21 juillet, la malade ressent des douleurs épouvantables dans l'orbite droite. L'œil est complètement immobile. La perception est nulle. La pupille ne réagit plus. Les tissus orbitaires sont tellement indurés, le globe tellement étranglé, que le Dr Despagnet se décide à faire une ponction dans le creux orbito-palpebral vers sa partie moyenne. Il s'écoule un peu de sang, on lave au sublimé, on continue la compression et la glace. Ce débridement soulage la malade qui dort un peu dans la nuit. Le lendemain l'étranglement est aussi prononcé, les douleurs sont revenues aussi vives : Avec un stylet on entr'ouvre les lèvres de la plaie. Nouvel écoulement sanguin suivi d'une détente. Lavage au sublimé ; compression ; glace.

Le 24 juillet, on perçoit au toucher dans l'angle interne, au travers de la paupière supérieure, une pulsation bien nette avec thrill. Le 25, l'induration est moins forte, les tissus sont un peu relâchés, la pulsation est visible à l'œil nu, le bruit de souffle n'est pas perceptible. Le bruit de scie est toujours aussi intense. L'anévrisme artério-veineux n'est pas douteux. La malade est très affaiblie. Depuis plusieurs jours, elle délire; toutefois la température n'a pas dépassé 38°7. Elle dort peu; on fait tous les soirs une injection de 0,01 de morphine.

Le 26 juillet, le Dr Picqué est appelé en consultation. Il confirme le diagnostic d'exophtalmos pulsatile. Etant donnée l'extrême faiblesse de la malade, M. Picqué rejette l'idée de la ligature de la carotide et conseille de continuer l'emploi de la compression orbitaire exercée avec douceur à l'aide de la bande élastique. Jusqu'au 20 août, la situation se modifie peu. A partir de cette date, l'exophtalmie semble diminuer. Toutefois à la fin d'août, la cornée se nécrose dans un point, il se fait de l'hypopion. Le Dr Sauvineau qui remplaçait M. Despagnet prescrit un traitement antiphlogistique et antiseptique. L'infection ne se propage pas. L'hypopion se résorbe. Le point abcédé se répare. La décroissance de l'exophtalmie s'accentue. La malade reprend des forces.

Au commencement d'octobre, l'exophtalmos n'est pas plus gros qu'une noix. Le chémosis est moins intense. Les veines ciliaires sont fortement dilatées, variqueuses. La paupière supérieure est en ptosis.

Fin mars, l'exophtalmie est très peu sensible. La pulsation est toujours accusée dans l'angle interne. Il n'y a plus de chémosis, mais les vaisseaux ciliaires, sont toujours dilatés, la pupille ne réagit pas et reste dilatée; la perception lumineuse est nulle; le globe oculaire se meut, mais très faiblement. A peine a-t-il dans tous les sens une excursion de 3 à 4 millimètres. La paupière supérieure est en ptosis partiel. Elle ne se relève qu'à moitié de façon à ne découvrir que les deux tiers pupillaires; jamais il n'y a eu aucun phénomène du côté de l'œil gauche qui est resté excellent.

En résumant cette observation, on trouve : chute violente sur le pavé, et passage d'une voiture sur le corps, amenant une fracture de la base du crâne, ainsi qu'en témoigne l'écoulement de la narine et de l'oreille gauche. Céphalalgie violente. Bruit de scie dans la tête. Pendant cinq jours rien d'anormal dans les yeux.

Le 6e jour, apparition d'un œdème des paupières de l'œil droit; exophtalmie avec caractère phlegmoneux. Induration considérable des tissus et douleurs orbitaires violentes. Pas de pulsation sensible, ni de bruit de souffle. Le 23e jour seulement, apparition de la pulsation avec thrill. Le bruit de souffle a toujours fait défaut. Compression oculaire pendant 9 mois. Disparition de l'exophtalmie, mais persistance de la pulsation dans l'angle interne de la paupière supérieure. Paralysie partielle de tous les muscles moteurs; atrophie probable du nerf optique, ainsi qu'en témoigne la perte de la perception lumineuse.

Messieurs, s'il faut présenter quelques doutes sur la pathogénie

et l'anatomie pathologique de l'exophthalmos spontané, ainsi qu'en témoigne la lecture de l'important travail que M. Le Fort vient d'écrire sur ce sujet, il ne saurait en être de même dans l'exophthalmos traumatique. Ici la pathogénie est toujours la même ; c'est celle qu'avait pressentie et vérifiée Nélaton dans une observation célèbre, la communication artério-veineuse entre la carotide interne et le sinus caverneux, pathogénie à laquelle s'est rallié Delens, et plus récemment Satler. Dans la grande majorité des cas d'exophthalmos traumatique, c'est la fracture de la base du crâne qui amène cette rupture artérielle, soit directement, soit par le fait d'une secousse, comme l'admet M. Le Fort, par l'action d'une esquille d'un des os voisins.

Souvent dans ces cas, il s'agit d'une fracture de la voûte irradiée aux parois de l'orbite et au sommet ; quelquefois, comme dans le deuxième cas de Nélaton et dans celui de Sappey, il ne s'agit que d'une fracture contredirecte de la base.

En est-il de même dans notre cas, nous ne saurions le dire, mais nous n'avons trouvé sur la voûte et malgré un examen des plus minutieux, ni contusion, ni point douloureux. Un fait, dans notre observation, mérite une mention spéciale. La fracture de la base siégeant à gauche, a fourni l'écoulement sanguin par l'oreille correspondante, et cependant l'exophthalmos s'est manifesté du côté opposé. Ce fait qui existait d'ailleurs dans un cas de Nélaton indique évidemment que le trait de fracture a dépassé la ligne médiane et qu'il a ménagé dans son trajet irrégulier le sommet du rocher correspondant à l'écoulement sanguin.

Les déchirures de la carotide sont variables selon les cas ; tantôt il s'agit d'une fissure difficilement reconnaissable au milieu des caillots, tantôt d'une déchirure plus large, quelquefois même une rupture complète, comme j'ai eu l'occasion de le constater, dans un fait que j'ai relaté en 1883 dans le *Progrès médical*. Il serait intéressant au point de vue thérapeutique de pouvoir préjuger de la variété de la lésion.

Or, à cet égard, on n'a peut-être pas suffisamment insisté sur le temps qui s'écoule depuis le traumatisme jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de l'exophthalmos. Ne peut-on pas admettre que les fissures, c'est-à-dire les lésions curables donnent lieu spontanément dans certains cas à l'exophthalmos tardif : or, dans notre cas, l'exophthalmos, ou du moins ses signes physiques ne parurent que le sixième jour et les lésions guérirent spontanément.

Chez notre malade, les phénomènes de l'exophthalmos apparurent tardivement et présentèrent, comme vous avez pu le voir, les caractères classiques.

J'insisterai seulement sur trois points particuliers :

1° Le gonflement palpébral signalé dans tous les cas, mais qui fut si marqué, qu'il put un instant en imposer pour ces phlegmons de l'orbite dont la pathogénie d'ailleurs pouvait facilement s'expliquer par l'infection propagée des fosses nasales, par la fracture de la paroi interne de l'orbite. Le Fort ne fait pas mention de cette particularité;

2° L'ophtalmoplégie totale : quelquefois elle n'est que partielle et se limite à la 6e paire ; ici, au contraire, la 3e, la 4e et la 6e paires étaient intéressées, mais il ne nous a pas été possible de savoir si l'ophtalmoplégie totale que Le Fort considère comme la plus fréquemment observée était contemporaine de l'accident ou seulement consécutive à la distension des vaisseaux et surtout de la veine ophtalmique;

3° Enfin, l'atrophie de la papille est un symptôme digne d'être noté : probablement consécutive à une congestion nerveuse du nerf optique, elle a produit dans notre cas la perte absolue de la vision, phénomène qui s'est présenté dans 27 des cas relatés par Le Fort. Enfin, chez notre malade, nous n'avons pas constaté le souffle continu avec redoublement qui constitue un signe si important de l'affection qui nous occupe.

L'évolution de l'exophthalmos pulsatile est encore aujourd'hui mal connue et si, comme le prouve Le Fort, l'affection a les plus grandes tendances à s'aggraver, il est cependant certain que, parfois, l'affection peut guérir spontanément. M. le professeur Gayet (de Lyon), en 1881, en a publié un cas remarquable dans la *Revue de Chirurgie*.

Il faut donc se garder d'intervenir trop hâtivement, et notre malade nous fournit un cas qui semble venir à l'appui de cette manière de voir, si tant est qu'on ne veuille pas attribuer avec M. Le Fort, un effet curatif à la compression directe qui, cependant, a été appliquée avec beaucoup de soin pendant huit mois par notre confrère, Mlle Danet. Appelé par M. le Dr Despagnet à donner mon avis comme chirurgien sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale, j'hésitais à proposer chez une femme âgée et débile la ligature de la carotide qui, en somme, constitue, ainsi que l'a démontré M. Le Fort, la principale ressource chirurgicale dans les cas de ce genre.

Je suis heureux que ces circonstances spéciales m'aient permis de juger la valeur de l'abstention dans l'exophthalmos pulsatile et je pense en résumé que si, à l'immense majorité des cas il convient d'opposer la ligature à distance, il en est où l'on peut agir différemment lorsque la tumeur pulsatile, après s'être développée tardivement, reste stationnaire.

Dans ces conditions, il est bien permis pour les raisons que j'ai indiquées plus haut de compter sur une guérison spontanée et peut-être sur l'efficacité de la compression directe.

Discussion.

M. Gayet (de Lyon). J'ai observé un cas très intéressant d'ophtalmie pulsatile. Il s'agissait d'un ivrogne qui avait été violemment frappé par un seau au niveau de la joue. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, il se développa une exophtalmie pulsatile présentant, dans toute leur pureté, les caractères de l'anévrisme artérioso-veineux. Le premier symptôme qui se montra fut l'exophtalmie ; puis parurent le souffle, la dilatation des veines superficielles, et enfin le thrill. Il existait un bruit de souffle énorme, s'entendant à distance jusqu'au bas de la colonne vertébrale. La compression digitale de la carotide fut pratiquée chaque jour pendant quelques heures, mais sans résultat. Je pensais à la ligature de la carotide primitive, mais subitement les phénomènes diminuèrent, et en quelques jours ils avaient disparu. Depuis lors le malade est resté guéri avec conservation de la vue.

Dans un autre fait que j'ai observé, il s'agissait d'un exophtalmos spontané développé chez une femme du service de Tripier. Le souffle s'entendait tout le long de la colonne vertébrale, les phénomènes veineux seuls faisaient défaut; or, la malade est morte ; Tripier a fait avec le plus grand soin l'examen anatomopathologique, et, malgré toutes ses recherches, il n'a rien pu constater d'anormal.

M. Picqué. Je ferai observer que, dans ce dernier fait, il s'agissait d'une exophtalmie spontanée, par conséquent justiciable d'une autre interprétation que celle qui convient aux cas traumatiques.

M. Tillaux. J'ai eu dernièrement dans mon service un malade atteint d'anévrisme artérioso-veineux de l'orbite, qui avait été soigné antérieurement par M. Gayet; chez lui, l'affection reconnaissait comme origine une plaie produite par balle de revolver.

M. Gayet. Le malade dont parle M. Tillaux n'est pas celui auquel j'avais fait allusion précédemment. Je me le rappelle parfaitement: il s'était tiré cinq balles de revolver dont une sans doute, s'était égarée du côté de l'orbite; il fut traité dans mon service par la compression, et je ne crus pas devoir lui proposer la ligature de la carotide, dont l'action me semble fort aléatoire en pareil cas.

M. Tillaux. Le malade a été très amélioré pendant son séjour dans mon service par les applications de glace.

Rapport.

Fistule urétéro-vaginale guérie par l'abouchement de l'uretère dans le côlon iliaque. Guérison, par M. le Dr Chaput, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. Bazy.

L'observation qui fait le sujet du très intéressant travail lu par M. Chaput peut se résumer en deux mots.

A la suite d'une hystérectomie vaginale incomplète pour salpingite purulente faite un an auparavant, une femme est atteinte de fistule urinaire qu'un examen attentif, fait par M. Chaput, permit de diagnostiquer fistule urétéro-vaginale gauche.

La situation de la fistule située très haut au milieu de tissus indurés *et loin de la vessie* fit renoncer à l'idée d'oblitérer la fistule par les procédés de Bauld, Simon, Landau, Pozzi.

Après avoir pris connaissance d'un mémoire de Harvey Reed (Experimental Research on the Implantation of the ureters into the Rectum) lu à la réunion de l'Association médicale américaine (*Annals of Surgery*, septembre 1882 et *Bulletin médical*, septembre 1892), M. Chaput, qui avait eu d'abord l'idée de pratiquer la néphrectomie, pensa pouvoir mieux faire et pratiquer, ainsi que l'avait fait Reed sur des animaux, l'abouchement de l'uretère dans le gros intestin. — L'opération fut faite le 13 septembre 1892.

Il fit une longue incision cutanée, d'abord verticale, sur le prolongement de l'épine iliaque antérieure et se recourbant ensuite en bas au-dessus du ligament de Fallope pour atteindre la ligne médiane.

Le péritoine fut ouvert, puis le paquet intestinal avec le gros intestin refoulé en dehors.

Le péritoine pariétal est de nouveau incisé au niveau de la fosse iliaque sur une hauteur de 8 à 10 centimètres et parallèlement à l'insertion mésentérique du gros intestin. M. Chaput ne nous dit pas pourquoi il a mieux aimé ouvrir deux fois le péritoine que cheminer au-dessous de lui : à cause de la grande incision qu'il a pratiquée, il eût probablement eu autant de jour en cheminant au-dessous du péritoine qu'en le traversant. Cette double incision du péritoine faite, celui-ci est alors décollé jusqu'à la colonne vertébrale et l'uretère est recherché. Ici je laisse parler M. Chaput :

« Le premier organe auquel je trouvai le plus de ressemblance avec l'uretère n'était qu'une veine, comme le prouva l'incision que j'en fis.

« Je fus alors sérieusement embarrassé ; car je ne trouvais pas l'organe que je cherchais. J'avisai alors un gros conduit que j'avais pris d'abord pour une veine iliaque et l'explorant avec les doigts, je lui trouvai une épaisseur considérable. C'en fut assez pour me faire conclure que c'était l'uretère dilaté. Comme renseignement supplémen-

taire, j'y fis une ponction au bistouri et j'en vis sortir un liquide clair.

« Je coupai alors l'uretère (à quel niveau? M. Chaput ne le dit pas) entre deux pinces à crémaillère et je procédai à l'abouchement dans le côlon iliaque. Je mis au contact l'orifice de l'uretère et la face postérieure et gauche du côlon iliaque, les deux organes se rencontrant à angle aigu à sommet inférieur.

« Je fis d'abord une rangée de sutures séro-séreuses entre la demi-circonférence postérieure de l'uretère et l'intestin intact.

« J'incisai alors l'intestin dans une étendue et une direction correspondant à celle de l'orifice urétéral et j'exécutai au second plan des sutures muco-muqueuses pour la demi-circonférence des lèvres postérieures des deux orifices : chaque plan de sutures se composait de 3 à 5 points : le diamètre intérieur de l'uretère ne dépassait pas 60 millimètres.

« J'exécutai enfin deux rangées de sutures sur les lèvres antérieures, d'abord le plan muqueux, puis le plan séro-séreux.

« Avant de fermer le ventre, je plaçai une grosse soie sur le bout périphérique de l'uretère et je mis une mèche de gaze au salol pour drainer la région décollée. La plaie fut fermée.

« Les suites furent apyrétiques, l'urine cessa de couler par la vulve et s'écoula par le rectum sans qu'il en résultât le moindre ennui pour la malade; elle en est quitte pour évacuer trois ou quatre fois par jour des selles de consistance liquide composées d'urine mélangée aux matières fécales; actuellement sa santé est parfaite et elle est enchantée de son état. »

M. Chaput fait suivre son observation de quelques réflexions sur la forme et la virtualité de l'incision cutanée, sur le volume de l'uretère qui a facilité l'abouchement avec l'intestin. S'il eût été de volume normal, dit-il, il l'aurait fixé par un point perforant dans une boutonnière intestinale et l'aurait enterré sur un trajet de 2 centimètres au fond d'une dépression intestinale formée par une série de sutures séro-séreuses.

M. Chaput va au-devant des objections qu'on peut lui faire et en particulier de celles tirées de la possibilité d'une néphrite ascendante.

Il fait observer avec raison que jusqu'ici rien de pareil ne s'est produit, et il pense que cela ne se produira pas; ici nous ne pouvons être complètement de son avis.

« L'urétérite ascendante infectieuse, dit-il, a lieu par deux mécanismes bien distincts : dans l'un, c'est l'urine qui sert de véhicule aux microbes lorsqu'une rétention ralentit le courant dans l'uretère.

« Dans l'autre cas, l'infection a lieu par propagation directe,

soit par les lymphatiques, soit de proche en proche dans l'épaisseur des tissus. »

Or, ajoute-t-il, il n'y a pas ici de stagnation possible et la muqueuse intestinale était saine au moment de l'opération.

Enfin, dit-il en terminant, si cette éventualité se produisait, on pourrait toujours recourir à la néphrectomie.

Voilà certes, une belle opération qui fait honneur au chirurgien qui l'a conçue et exécutée. Cet éloge sincère et mérité nous met à l'aise pour la discuter.

Nous voyons plusieurs points à discuter dans l'observation de M. Chaput :

1° Etait-il indiqué de s'adresser directement à l'uretère, autrement dit, de faire un nouvel abouchement de l'uretère ?

2° Ce nouvel abouchement étant indiqué, où fallait-il le faire ?

3° Enfin étant donné que cet abouchemement pouvait et devait être fait dans le gros intestin, quels sont ses avantages et ses inconvénients; et y a-t-il là une voie nouvelle ouverte pour la chirurgie de l'appareil urinaire?

Je prends ces points un à un :

1° Etait-il indiqué de faire un nouvel abouchement de l'uretère? Je crois qu'il serait difficile de répondre par la négative. L'impossibilité de pratiquer le cathétérisme de l'orifice fistuleux et par suite d'avoir un guide sûr pour faire l'oblitération de la fistule est une raison suffisante. Si encore on eût pu derrière cet orifice fistuleux sentir un cordon plus ou moins dur, plus ou moins volumineux pouvant faire penser à l'uretère, on eût pu inciser ce cordon, l'ouvrir, prolonger en avant cette incision de manière à ouvrir largement la vessie, aviver plus ou moins largement les bords vaginaux de cette incision et puis la suturer, l'uretère s'ouvrant désormais dans la vessie. Mais au milieu des tissus indurés de la cicatrice, cette reconnaissance de l'uretère est impossible.

En outre, il est probable que l'uretère était oblitéré en dessous de la fistule, et dès lors M. Chaput a bien fait de ne point chercher à fermer cette fistule, par une opération autoplastique. On aurait pu s'en assurer par le cathétérisme de l'urétère.

On pourrait aussi, avant de songer à une opération plus importante et dans le cas qui doit être le plus fréquent où la fistule est en rapport avec le bas-fond de la veine, on pourrait, dis-je, se demander si, au moyen d'un instrument, d'une pince plus ou moins analogue à l'entérotome de Liotard, on ne pourrait pas détruire la cloison vésico-vaginale au niveau de la fistule et mettre ainsi largement à nu l'extrémité inférieure de l'urétère, qui s'ouvrirait ainsi largement dans la vessie et le vagin; et l'on pourrait ensuite

former cette fistule vésico-vaginale : mais ce procédé exposerait au rétrécissement de l'orifice inférieur de l'urétère. M. Chaput n'a pas envisagé cette éventualité et il a bien fait. Si j'en parle, c'est pour la repousser et en détourner les autres.

Il lui restait donc comme ressource la néphrectomie et M. Chaput allait, comme je l'ai dit, la tenter, quand il fut séduit par la lecture du mémoire de Reed qui l'encouragea à tenter l'abouchement dans le gros intestin.

Il serait injuste d'oublier que Novaro avait publié antérieurement des expériences sinon plus encourageantes, du moins analogues et concluant dans le même sens, de même Ceci et Bardenheuer. Il a donc fait l'abouchement de l'uretère dans le rectum et avec le résultat que vous connaissez, c'est-à-dire aussi bon qu'il pouvait l'être; pas de retentissement appréciable sur le rein, inconvénient de l'écoulement de l'urine dans le rectum et nécessité de l'évacuer trois ou quatre fois par jour.

2° Cet abouchement est-il le seul désirable et est-il le seul possible? Ici nous abordons le second point.

Il m'est difficile de dire d'une manière catégorique si l'abouchement était le seul qui fût possible, attendu que M. Chaput ne nous dit pas dans quel point de l'uretère existait sa fistule. Il nous dit que la fistule était loin de la vessie, mais il ne nous dit pas les raisons qui le lui font admettre. Je pense, au contraire, qu'elle ne devait pas être loin. En effet, si j'en juge par les conditions dans lesquelles s'est produite cette fistule, c'est-à-dire au cours d'une hystérectomie vaginale incomplète, je pense qu'elle siégeait soit dans la portion intra-pariétale de l'uretère, soit au voisinage immédiat de la vessie. Il suffit pour en être convaincu de se rappeler les rapports de l'uretère avec le col de l'utérus.

Il me semble que, dans ces conditions, M. Chaput eût pu songer à un abouchement plus physiologique, si je puis m'exprimer ainsi, et il eût pu se demander s'il n'eût pas été possible de faire ouvrir cet uretère dans la vessie.

Alors deux procédés étaient en présence :

a. Ouvrir la vessie par la taille hypogastrique, faire le cathétérisme de l'uretère où siège la fistule, l'inciser à partir de son orifice vésical. Si cet uretère n'est pas complètement oblitéré, n'est que rétréci, un fin stylet introduit dans l'intérieur servira de conducteur pour arriver dans la portion supra-stricturale de l'uretère; on l'incise et on suture les bords de l'incision urétérale aux bords de l'incision de la muqueuse vésicale afin de prévenir tout rétrécissement.

Si, au contraire, l'uretère est oblitéré, inciser dans la direction

connue de l'uretère, et on ne doit pas manquer de le trouver, car il doit être dilaté au-dessus de l'orifice fistuleux.

b. Si par extraordinaire on ne le trouve pas, on peut employer le même procédé, c'est-à-dire ouvrir le péritoine au-dessus de la vessie à la recherche de l'urétère et, après section, immédiatement au-dessus de l'orifice fistuleux, le suturer à la vessie sectionnée dans un point voisin.

Ceci n'est pas une vue de l'esprit, et sans chercher à déflorer une belle observation que publiera mon maître et ami M. Peyrot, comme il m'a fait l'honneur de me demander mon avis et mon concours, à propos d'une opération où le premier de ces deux procédés a été mis en usage avec succès dans un cas analogue à celui de M. Chaput, il m'est permis d'en parler et de dire que l'opération est passée dans la pratique et mérite, je crois, d'y rester.

Pas plus dans ce cas que dans d'autres analogues, on n'aura, je crois, à craindre le rétrécissement de l'orifice urétéral, si l'on prend la précaution de suturer les bords de l'orifice à la muqueuse vésicale.

Ainsi donc, dans les cas analogues à ceux de M. Chaput, il sera tout indiqué de faire l'abouchement vésical au lieu de faire l'abouchement intestinal.

3° Et ceci m'amène à m'occuper du troisième point : à savoir les avantages et les inconvénients de cet abouchement et l'avance qu'il peut avoir, soit dans ce cas, soit dans d'autres analogues.

L'avantage qu'il a est assurément assez considérable. Supprimer une infirmité aussi pénible que l'écoulement constant et involontaire de l'urine est assurément réaliser un grand progrès ; mais il ne faut pas oublier que cette infirmité est remplacée par la nécessité d'aller trois ou quatre fois par jour à la garde-robe et que peut-être cette nécessité est impérieuse, que trois ou quatre selles constituent peut-être un minimum et que d'autres seront obligées et sont obligées (car d'autres opérations ont été faites par M. Chaput) d'y aller sept ou huit fois.

Mais ceci n'est rien. Il y a le danger de l'infection de l'uretère s'ouvrant dans un milieu que M. Chaput vous a dit n'être pas infecté, mais qui l'est si facilement qu'on peut et qu'on doit tout craindre.

Il est juste toutefois d'ajouter que les faits parlent et plaident haut pour notre collègue, car il a pu nous dire que la crainte de l'infection était, du moins pour sa malade, chimérique, parce qu'elle ne paraissait pas le moins du monde infectée quatre mois et plus après son opération ; aujourd'hui 3 mai, elle va encore très bien. Les faits, répéterai-je, parlent et doivent parler plus haut que toutes les théories, et comme le mécanisme des infections de

l'appareil urinaire est, quoi qu'en pensent certains expérimentateurs un peu pressés de conclure, loin d'être élucidé, nous devons tenir le plus grand compte de ce fait de M. Chaput et attendre les événements avant de porter un jugement définitif sur cette opération.

Ce que l'on peut dire, c'est que si l'abouchement de l'uretère dans l'intestin se maintient large, c'est là une condition très favorable pour empêcher les infections descendantes, parce qu'à aucun moment l'urine ne peut stagner dans l'uretère.

Si je repousse d'une manière générale l'abouchement de l'uretère dans le gros intestin et si je le crois inférieur à d'autres procédés que j'ai appelés plus physiologiques, je l'admets très bien dans d'autres circonstances où la dérivation des urines me paraissait indiquée, et dans les cas où par exemple la fistule urétérale siégerait trop haut.

Dans ces conditions, nous devons l'accepter comme une opération d'attente, sur laquelle le jugement doit être réservé. Je veux dire par là qu'il ne faut pas, par crainte de l'infection possible, la condamner *à priori*, car elle a l'incontestable mérite de conserver un rein, assurément un peu dilaté, un peu sclérosé, mais néanmoins utile. Or, on sait qu'il ne faut sacrifier un organe utile qu'à la dernière extrémité; s'il était démontré que l'infection de ce rein est inévitable, qu'il constitue par conséquent une source de danger, il est certain qu'il vaudrait mieux le sacrifier immédiatement. Mais cette démonstration n'est pas faite.

La transplantation ou l'abouchement anormal de l'uretère prêterait encore à bien d'autres considérations, mais elles seraient étrangères au travail de M. Chaput, c'est pourquoi je n'ai pas cru devoir les consigner ici.

En terminant je vous propose, comme j'ai reproduit ici la partie importante de l'observation de M. Chaput, de déposer son travail dans les archives et je vous prie de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre de la Société.

Les conclusions du rapport de M. Bazy sont mises aux voix et adoptées.

Discussion.

M. Routier. J'ai eu, dans le cours d'une hystérectomie vaginale, un accident du côté de l'uretère. Il s'agissait d'une jeune femme ayant une ovarite et une salpingite double. A gauche, il existait une adhérence intestinale qui fut détachée. Au quinzième jour, la malade commença à se sentir mouillée. Au bout de deux mois, le vagin fut examiné. Au fond de la cavité vaginale, on voyait une tuméfaction rougeâtre d'où coulait l'urine. Le cathétérisme de

l'uretère ne put être pratiqué, mais une circonstance particulière permit d'établir le diagnostic. La malade avait, à droite, un rein mobile. Or, quand on pressait sur ce rein, on voyait couler par la fistule un flot d'urine. Tout d'abord on tenta la guérison par une simple autoplastie ; pendant deux jours l'écoulement d'urine fut supprimé, mais bientôt il se reproduisit. On dut avoir recours à la néphrectomie, et l'on eut d'autant moins à le regretter qu'on trouva dans ce rein trois infarctus au niveau de la substance corticale, et du pus dans le bassinet. Cette intervention amena la guérison de la fistule, mais l'uretère est resté douloureux.

Rapport.

Sur un cas d'œsophagotomie externe pour corps étranger,
par le Dr Cahier, agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. Chauvel.

M. le Dr Cahier ayant déjà donné lecture à la Société de l'observation que vous m'avez chargé de rapporter et des réflexions qu'elle lui avait suggérées, j'ai toute raison pour n'y pas insister longuement de nouveau. Il s'agissait, vous ne l'avez pas oublié, d'un sous-officier du 86e de ligne qui, ayant avalé pendant la nuit un dentier à crochets, après avoir été soumis dans trois localités et par trois mains différentes, à des tentatives répétées d'extraction par les voies naturelles de sa pièce prothétique, arrive enfin exténué, fébricitant, crachant le sang, à l'hopital Desgenettes de Lyon. Devant la gravité de la situation, s'étant assuré par une exploration prudente de la présense du dentier dans l'œsophage, au-dessous du niveau du cricoïde, notre collègue se décida de suite à pratiquer l'incision directe du canal alimentaire dans la région cervicale.

L'opération, classiquement conduite, ne s'exécute pas sans difficultés, tant en raison du volume anormal de la glande thyroïde qu'en raison de l'aspect de l'œsophage ne se distinguant en rien des tissus du voisinage. N'eût été la saillie du corps étranger, qu'une incision prudente permit de mettre à jour, l'embarras de M. Cahier eut été plus grand encore. Le conduit divisé, le dentier fut reconnu avec le doigt, dégagé des parois œsophagiennes, saisi avec une pince et amené au dehors. L'opération avait duré trois quarts d'heure.

Une sonde œsophagienne de moyen calibre est placée dans le canal alimentaire et ressort par la plaie. Celle-ci, légèrement ré-

trécie, est bourrée de gaze iodoformée et le cou tout entier enveloppé d'un pansement antiseptique. La température, de 39°,2 trois heures après l'opération, ne diminue pas le lendemain; la dyspnée progressive indique un travail inflammatoire pleural et médiastinal et la mort arrive à peu près subitement le 11 septembre, trois jours après l'extraction du dentier, cinq jours après son introduction dans l'œsophage.

L'autopsie fit voir des déchirures multiples et étendues des parois de l'œsophage, une infiltration purulente avec emphysème léger du tissu cellulaire du médiastin antérieur, enfin un épanchement louche séreux dans la plèvre droite et des ecchymoses sous-péricardiques. On n'examina pas le larynx, oubli regrettable, nous dit M. Cahier, la brusquerie de la mort répondant mieux à un œdème de la glotte qu'à une septicémie même à marche rapide.

Telle est, résumée en ses grands traits, l'observation de notre collègue. Examinons maintenant, les réflexions dont il l'a fait suivre.

Tout d'abord l'œsophagotomie était-elle indiquée et devait-elle être immédiatement pratiquée? M. Cahier s'appuie sur l'échec des tentatives antérieures, sur l'état grave du blessé, sur la nature du corps étranger, sur l'autorité de Tillaux, de Terrier, de Gross de Nancy, pour légitimer son intervention. Nous ne pouvons que le féliciter de sa rapide décision, et regretter que sa conduite n'ait pas été suivie par les médecins qui avant lui avaient examiné le sergent G... S'il était admissible que le médecin du régiment, malgré la nature du corps étranger, se livrât à quelques tentatives d'extraction par les voies naturelles, à quelques essais de propulsion dans l'estomac, nous ne pouvons comprendre que, connaissant les formes irrégulières et les grandes dimensions de la pièce de prothèse, connaissant l'insuccès des premières recherches, d'autres praticiens se soient crus autorisés à les reprendre de nouveau. Si du moins ils s'étaient préparés à pratiquer séance tenante l'œsophagotomie, leur conduite serait jusqu'à un certain point excusable. Mais ne se sentant pas suffisamment armés pour l'extraction directe, leur devoir était de s'abstenir et de diriger le malheureux patient sur un hôpital où il pouvait et devait trouver les soins indispensables. Les déchirures de l'œsophage, l'infiltration purulente consécutive du médiastin, les accidents mortels ont été la conséquence probable de ces tractions répétées que souvent on commence avec douceur, mais que le dépit de ne pas réussir entraîne presque forcément à poursuivre, avec autant de violence que d'acharnement, sans conscience de son méfait.

Et nous serions heureux qu'ici encore la Société de chirurgie

vint, une fois de plus, affirmer ce point de pratique : *quand un corps étranger volumineux et irrégulier est fixé dans l'œsophage, les tentatives d'extraction ou de propulsion par les voies naturelles ne sont permises qu'à condition d'être prudentes, mesurées et peu prolongées. Un autre praticien n'est jamais autorisé à les reprendre et l'œsophagotomie externe doit être immédiatement pratiquée après leur premier échec.*

Pour arriver jusqu'à l'œsophage, M. Cahier a pris pour repères : d'abord le sterno-mastoïdien, puis après section de l'omo-hyoïdien et d'une partie du sterno-thyroïdien, le lobe gauche du corps thyroïde dégagé à son côté postérieur, restant entre les deux artères thyroïdiennes ménagées. Tel est le procédé classique. Certaines difficultés viennent parfois du corps thyroïde hypertrophié, son lobe gauche recouvrant l'œsophage et les vaisseaux carotidiens. Notre collègue Berger, dans l'intéressante communication qu'il nous a faite le 19 avril, semble avoir choisi, si je l'ai bien compris, une voie un peu différente pour atteindre le tube œsophagien. Partant de la ligne médiane cervicale, il s'est immédiatement dirigé vers la trachée, et côtoyant le conduit aérien sur sa gauche, il a pu récliner le lobe gauche du thyroïde et ne s'occuper en rien du pneumo-gastrique et des vaisseaux carotidiens.

Cependant, comme M. Cahier, ce n'est pas sans difficultés qu'il a pu distinguer l'œsophage des tissus avoisinants. Inutile de rappeler les erreurs commises par des chirurgiens de la valeur de Richet, de Kœnig, de Krönlein, incisant ou ponctionnant la glande thyroïde en croyant ouvrir le canal alimentaire. On connaît la sonde de Vacca, l'ectopœsophage de Charrière, imaginés pour soulever la paroi œsophagienne et guider le bistouri du chirurgien ; peut-être sont-ils d'un emploi délicat. Si le corps étranger n'offre pas une indication nette à l'opérateur, nous croyons prudent d'introduire dans l'œsophage une sonde à extrémité olivaire, afin d'éviter des recherches pénibles et des explorations répétées qui, dans cette plaie profonde, au voisinage d'organes importants et délicats, ne seraient pas sans danger.

L'extraction du corps étranger fut assez aisée malgré les tentatives antérieures ; l'ouverture s'en trouvait très voisine, il se laissa facilement déplacer par le doigt et céda de suite à la traction des pinces.

Est-il utile de suturer la plaie de l'œsophage ? Notre collègue n'a pas cru devoir le tenter en raison des lésions probables de la muqueuse et des parois du conduit chez son malade. Nous pensons qu'il a agi sagement et que la réunion primitive doit être réservée au cas où l'œsophage n'a pas subi de violences répétées, où l'on ne

peut craindre des déchirures de ses tuniques. Nous sommes moins partisans de l'introduction dans le canal alimentaire, par la plaie cervicale, d'une sonde qui plonge presque jusqu'à l'estomac. Au moins, si l'on juge ce cathéter utile, y aurait-il avantage pour la réunion de la plaie comme pour l'alimentation du blessé, à le ramener au dehors par la bouche ou par le nez.

M. Cahier avait surtout idée d'utiliser cette sonde comme un drain pour l'écoulement des produits sécrétés. Plus tard, il s'est demandé si l'algali n'avait pas favorisé les infiltrations dans le tissu cellulaire qu'elle avait pour but d'éviter. Dans les conditions mauvaises où se trouvait son malade, il me semble que les accidents phlegmasiques étaient à peu près inévitables, que les épanchements s'étaient déjà produits avant l'opération, que la sonde ne saurait être accusée de les avoir provoqués. Mais nous n'hésiterions pas, dans pareilles circonstances, à condamner le patient à une diète sévère pendant plusieurs jours, nous abstenant de tout cathétérisme et plus encore du maintien d'une sonde dans la plaie. Avec des lavements nutritifs, avec des injections d'huile par la méthode sous-cutanée, on peut être assuré que l'opéré ne succombera pas à l'inanition.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à M. Cahier pour son intéressant travail; 2° de déposer son manuscrit dans les Archives de la Société.

Présentation de malade.

M. Quénu présente un malade opéré par lui, il y a huit ans, d'un polype naso-pharyngien, par la voie palatine. L'opération fut pratiquée en deux temps. L'extirpation incomplète possède, en pareil cas, l'avantage de permettre un examen histologique. Dans ce cas particulier, il s'agissait d'un fibrome présentant une disposition télangiectasique. Quand on a affaire à un sarcome, mieux vaut recourir à une large opération par la voie maxillaire.

Présentation de pièces.

M. Choux présente des pièces relatives à un cas d'étranglement interne produit par le diverticulum de Meckel. (Commission : MM. Reclus, Quénu et Tuffier, rapporteur).

Élection.

La Société est appelée à voter sur une demande d'honorariat faite par M. Polaillon.

A l'unanimité des membres votants, M. Polaillon est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

La séance est levée à 5 heures.

La Société se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre de membre titulaire.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 10 mai 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Terrier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Suite de la discussion sur les corps étrangers de l'œsophage et sur l'œsophagotomie externe.

M. Berger. Je pense, comme M. Chauvel, qu'en présence d'un corps étranger de l'œsophage, on est autorisé à faire des tentatives d'extraction. Toutefois ces tentatives sont beaucoup plus dangereuses, quand il s'agit d'un corps anguleux comme un dentier. On a vu cependant des dentiers cheminer dans le tube digestif sans déterminer d'accidents.

Pour ce qui a trait au traitement consécutif après l'œsophagotomie externe, M. Chauvel s'est élevé avec raison selon moi contre le drainage pratiqué de la bouche à la plaie extérieure ; mieux vaut recourir à un simple tamponnement de la plaie. Le malade auquel j'ai fait l'œsophagotomie externe et dont j'ai parlé déjà à la Société de chirurgie a conservé sa fistule pendant douze jours ; après quoi, elle s'est fermée spontanément. Il n'y a donc pas un intérêt énorme à pratiquer la suture de l'œsophage, quand, d'ailleurs, elle est contre-indiquée par une circonstance particulière.

Quant au manuel opératoire, j'avais attribué à Richet le procédé qui consiste à opérer sur la ligne médiane, en faisant la section de l'isthme du corps thyroïde. Depuis lors j'ai fait des recherches dans l'anatomie chirurgicale de Richet et je n'ai rien trouvé qui se rapporte à ce procédé. Néanmoins, je suis certain que ce procédé a déjà été employé avant moi par d'autres chirurgiens. Après les recherches auxquelles je me suis livré sur le cadavre, après l'opération que j'ai pratiquée, je pense que la recherche de l'œsophage faite sur la partie latérale gauche du cou est plus difficile que si l'on opère sur la ligne médiane. Quant à la difficulté qui consiste à découvrir le conduit œsophagien lui-même, elle n'existe pas si l'on a le soin d'introduire dans son intérieur une bougie à houle olivaire, beaucoup plus commode que le conducteur de Vacca Berlinghieri.

M. Th. Anger. Il y a sept à huit ans, j'ai extrait, à l'hôpital Cochin, de l'œsophage d'un homme, une vertèbre de queue de cochon qui s'était arrêtée un peu au-dessus du sternum. J'ai pratiqué l'œsophagotomie externe au moyen d'une incision latérale et je n'ai eu aucune difficulté à trouver l'œsophage ; je n'ai point fait de réunion ; le malade a refusé toute alimentation et, au bout de trois ou quatre jours, il est mort de faim.

Communication.

Traitement opératoire de certaines fractures récentes comminutives du coude par l'ouverture du foyer et l'enchevillement des fragments. Abrasion modelante du cal dans une fracture ancienne de la même région.

Par M. Tuffier.

La récente discussion qui s'est engagée sur le traitement opératoire des luxations irréductibles du coude me fait vous présenter

aujourd'hui quelques considérations sur le traitement des fractures graves et comminutives du coude, et en particulier sur l'enchevillement des fragments osseux. J'ai été conduit à intervenir dans ces traumatismes par la constatation des résultats peu encourageants que donne l'application des appareils en pareils cas. Une raideur articulaire consécutive avec impotence fonctionnelle est la règle à la suite de ces fractures, et de fait les lésions que j'ai pu constater pendant nos opérations montrent bien la cause inévitable des insuccès si fréquents dans ces cas. Mes malades ont été opérés dans le service de mon maître, M. Th. Anger, qui a bien voulu les confier à mes soins. Ils ont été revus plusieurs mois après l'intervention, ce qui donne à ces faits une valeur réelle, et vous avez pu constater chez un de mes opérés le résultat fonctionnel ainsi obtenu.

De mes trois malades, deux ont subi, pour des fractures comminutives récentes de l'extrémité inférieure de l'humérus, l'*enchevillement* au moyen d'une cheville d'os de veau, préalablement aseptisé. L'autre a été opéré pour un cal vicieux de cette même région, et il a subi l'*abrasion modelante* du cal osseux.

Obs. I. — *Fracture intra-articulaire du coude à trois fragments. Enchevillement au moyen d'une cheville d'os de veau non décalcifié. Résultat opératoire parfait. Intégrité complète des mouvements.*

Pierre R..., 19 ans, entré le 22 novembre 1892, salle Gosselin, lit n° 3, service de M. Th. Anger, à l'hôpital Beaujon.

C'est un jeune homme grand, fort, bien constitué, qui, la veille de son entrée à l'hôpital, tomba de la hauteur d'un premier étage, le coude sur le pavé. A son entrée, l'avant-bras est fléchi à angle obtus, la région du coude est tuméfiée. L'impotence fonctionnelle est complète. L'exploration du squelette me permet de constater une fracture double portant d'une part sur l'épitrochlée, et de l'autre sur l'extrémité inférieure de l'humérus et la trochlée. Les douleurs provoquées par le plus léger mouvement nous empêchent de rechercher la limite des mouvements de flexion et d'extension, et nous remettons au lendemain la chloroformisation du malade pour l'examen définitif et l'intervention qui, suivant notre avis, devra être opératoire.

Le 24 novembre, sous le chloroforme, nous vérifions notre diagnostic de fracture double. L'épitrochlée est portée en avant, le fragment épicondylo-trochléen est, au contraire, en rotation postérieure ; on le ramène difficilement dans sa situation normale, et surtout on sent une crépitation très atténuée entre les deux fragments, comme si un corps étranger mou était interposé. Cette réduction ne peut être maintenue. Sachant quel pronostic grave entraînent ces fractures et considérant l'âge de ce malade, je fis l'*enchevillement des fragments.*

Incision de 10 centimètres à la partie latérale externe du coude,

suivant le bord externe du biceps. Epanchement sanguin péri et intra-articulaire. En découvrant le squelette, on constate que le corps do l'humérus est porté en dedans, tandis que le fragment épicondylien est en arrière et en dehors ; il a éprouvé un mouvement de rotation tel qu'il existe un vaste sinus antérieur dans lequel on introduit la pulpe de l'index. Impossibilité absolue, les pièces en main, de coapter exactement les deux fragments. Il existe entre eux des caillots fibrineux durs et un faisceau de fibres musculaires. J'enlève les caillots, je curette les fragments, je sectionne les fibres, et je puis faire une réduction véritablement mathématique. Les deux os se correspondent exactement par une surface dentelée. L'épitrochlée est mobile, mais réductible. Dans ces conditions, je fore avec une vrille en acier à la pointe de l'épicondyle un trajet dirigé vers l'épitrochlée que je traverse ; puis, maintenant exactement les fragments et ayant préalablement bien déterminé et la longueur et le diamètre de ma perforation, j'enfonce une cheville d'os de veau au moyen d'un marteau absolument comme on enfoncerait un clou. Les trois fragments sont ainsi enchevillés, et la coaptation est absolument parfaite. Pour plus de sûreté, je passe un fil de soie à l'extrémité supérieure des fragments ; je suture les aponévroses au catgut, la peau au crin de Florence. Pansement de gaze iodoformée et ouate. Appareil plâtré immobilisant le membre en demi-flexion. Suites opératoires nulles. J'enlève l'appareil, le pansement et les fils le douzième jour, et le quatorzième on commence à faire des mouvements. Le 20 décembre, les mouvements se font dans presque toute la course de l'articulation, et le malade sort le 23.

Voici son état actuel, que vous avez pu constater. La fracture, parfaitement consolidée, n'est le siège d'aucune douleur ; on sent les saillies osseuses avec leur relief normal, un peu hypertrophié pour l'épitrochlée. Les mouvements de pronation et de supination sont absolument physiologiques ; la flexion et l'extension s'exécutent dans toute leur étendue, sauf à leurs limites extrêmes. Les muscles du bras et de l'avant-bras ont leur volume normal, leur contractilité habituelle. Ce malade est peintre en bâtiments, et il peut exécuter tous les travaux de sa profession et porter de lourds fardeaux ; en un mot, il peut travailler comme par le passé.

Obs. II. — *Fract re comminutive du coude. Interposition musculaire entre les fragments. Enchevillement des fragments. Résultat opératoire parfait. Bon résultat thérapeutique.*

San... B..., 44 ans, entre salle Gosselin, lit n° 12, le 16 décembre, à l'hôpital Beaujon, service de M. Th. Anger. Cet homme est tombé, le matin même de son entrée, de la hauteur d'un second étage, et dans sa chute le coude a frappé le bord du trottoir.

Ecchymose énorme, gonflement considérable, hématome de la bourse olécrânienne.

A l'examen direct, je trouve les trois apophyses sur le même niveau,

mais éloignées les unes des autres. La palette du coude est élargie, et en cherchant chacune des saillies, je constate une fracture en T dont la branche transversale est située à 5 centimètres de l'articulation. La branche verticale tombe sur la partie interne de la trochlée. Le fragment externe a basculé en arrière, et il est impossible de le remettre en place. En même temps, l'olécrâne a subi un mouvement de rotation qui place son bord externe entre les deux fragments.

Dans ces circonstances particulièrement graves, vu la multiplicité des fragments, leur déplacement et leur irréductibilité, le tout sur un manouvrier vigoureux, je résolus de tenter la réduction sous le chloroforme et, en cas d'échec, de faire l'ouverture du foyer de la fracture et l'enchevillement.

Le 19 décembre, le malade est endormi et nous pouvons préciser nettement le siège et la direction des deux traits de fracture, le supérieur transversal, l'inférieur oblique en bas et en dedans. Il est impossible d'arriver à une coaptation exacte des deux fragments inférieurs, et on sent nettement l'interposition de tissus entre eux. Je pratique une incision de 12 centimètres, partant de 2 centimètres au-dessous de l'interligne et se prolongeant sur la partie postéro-externe du bras. Evacuation d'une quantité notable de sang noirâtre qui s'écoule de la bourse séreuse, de la cavité articulaire et du foyer de la fracture. L'index introduit dans ce foyer reconnaît de suite les deux fragments largement écartés en arrière. L'épitrochlée et une partie de la trochlée ont éprouvé un mouvement de rotation en avant et en dedans, et leur fixité est telle qu'il m'est impossible de les ramener au simple parallélisme, même au moyen d'un davier. Le foyer de la fracture est rempli de caillots, les uns fibrineux, les autres cruoriques, très fortement adhérents. Le nettoyage avec les éponges est insuffisant, il est nécessaire de curetter les fragments. Je constate alors nettement la cause de l'irréductibilité. Entre les deux fragments et prise dans les dentelures du fragment externe existe une bande musculaire, épaisse de 1 centimètre, noirâtre, ecchymosée, appartenant au triceps; je coupe et j'enlève cette bande musculaire, et après avoir bien mis à nu la face postérieure des deux fragments, j'arrive à grand peine à les amener au contact parfait, et l'enserrement des dentelures est aussi parfaite que celles d'un jeu de patience. Mais dès que ces fragments ne sont plus solidement maintenus, ils se disjoignent. Dans ces conditions, je perfore avec une vrille de dehors en dedans les deux fragments maintenus réduits, et je place à 2 centimètres l'une de l'autre, au-dessus de la cavité coronoïde, deux chevilles d'os de veau que j'enfonce au marteau jusqu'à ce qu'elles disparaissent dans l'épaisseur des os et qui maintiennent au contact parfait la réduction ; la palette humérale est ainsi très bien rétablie. Je consolide le tout en suturant le périoste et les parties molles au catgut autour de la fracture, et je suture la peau au crin de Florence. Pansement de gaze iodoformée, ouate. Appareil plâtré. Contention en extension à cause de la fracture de la diaphyse. Aucune suite opératoire. Les fils sont enlevés au septième jour et l'appareil plâtré le 13 janvier.

Massage les jours suivants et mouvements successifs.

A l'examen pratiqué le 13 avril 1893, je trouve le coude indolent, présentant des saillies hypertrophiées. Le col de la diaphyse humérale est assez volumineux ; les muscles de la région antérieure ont leur volume normal, le triceps est un peu atrophié. Les mouvements de pronation et de supination s'effectuent complètement et sans aucune douleur. La flexion et l'extension s'effectuent suivant un angle de 90°, et la main affleure à 7 centimètres de la bouche. Il peut soulever une chaise et une table. La course des mouvements est limitée par des adhérences fibreuses, car le malade nous dit que, chaque semaine, les mouvements gagnent en étendue.

Obs. III. — *Fracture transversale susendylienne de l'humérus. Cal exubérant à la face antérieure et formant obstacle au mouvement de flexion. Résection modelante de la portion exubérante du cal. Retour des mouvements fonctionnels. Présentation du malade sept mois après l'opération.*

Un homme de 37 ans (R.-F..., entré le 30 septembre 1892 à l'hôpital Beaujon, service de M. Th. Anger, salle Gosselin, n° 5.) très vigoureux et très bien musclé, exerçant la profession de forgeron, se présente à nous avec une ankylose incomplète du coude dans la position d'extension du membre. Il nous raconte que deux mois avant son entrée, il fut atteint d'une fracture de la partie inférieure de l'humérus droit suivie d'un phlegmon diffus du bras. Le membre fut maintenu dans une gouttière en fil de fer sous un pansement humide au sublimé pendant quinze jours. Après quoi on appliqua un appareil plâtré presque dans la demi-flexion, on ne put le maintenir dans la position classique des fractures du coude à cause des douleurs vives que provoquait cette position. Après un mois le malade fut mobilisé, douché et massé avec persistance, sans obtenir la moindre amélioration.

Nous le trouvons aujourd'hui dans la position suivante : l'avant-bras forme avec le bras un angle de 130°. Cet angle peut être modifié, car l'ankylose est incomplète; mais l'extension complète ne peut être obtenue, et de son extrême limite à la flexion maxima on décrit un angle de 30° environ. Les mouvements de pronation et de supination sont normaux. Le malade ne peut porter la main ni sur la tête ni à sa bouche, il est absolument impotent et demande un intermédiaire.

En examinant la région, on trouve un empâtement assez marqué, toutefois on reconnaît les trois apophyses avec leurs rapports respectifs. La région postérieure de l'humérus est relativement normale. La région antérieure présente au contraire, au lieu et place de la cavité coronoïde une saillie absolument dure et faisant corps avec l'os. C'est évidemment une exubérance du cal. Le rôle joué par cette exostose dans la limitation des mouvements de flexion du coude est très net. Quand on exerce ce mouvement de flexion on sent qu'il est limité par une surface dure, ne cédant pas d'un millimètre sous la pression, et quand le mouvement est brusque, on a la sensation par-

faite d'un véritable contact osseux, et on entend même le choc produit par la rencontre de l'apophyse coronoïde sur le cal huméral, qui fait vraiment *cale*.

Ces constatations jointes à l'impotence fonctionnelle du membre me font proposer à ce malade une intervention, qui consisterait dans l'ablation du cal, la *résection modelante* du siège de la fracture. Cette intervention fut pratiquée le 4 octobre 1892, et mon maître, M. Th. Anger voulut bien me prêter son concours. Je fis sur le bord externe de l'humérus une incision de dix centimètres descendant à un millimètre au-dessous de l'épicondyle. J'incisai l'aponévrose en avant de la cloison intermusculaire externe, je décollai les muscles jusqu'à ce que j'arrive à la surface de l'os. Je décollai facilement le périoste et les attaches du brachial antérieur et les fibres ligamenteuses, et je dénudai ainsi toute la surface du mamelon osseux, faisant environ deux centimètres de saillie à la surface de l'humérus, et mesurant environ cinq à 6 millimètres de longueur, faisant fortement rétracter en haut le plan fibro-musculaire, je pus m'assurer en introduisant le doigt à la surface de cette exostose, que l'apophyse coronoïde du cubitus venait buter à ce niveau. Avec la gouge et le maillet je resequai toute la partie exubérante et je m'efforçai de creuser une cavité coronoïde se rapprochant autant que possible de la normale. Je fis alors fléchir le coude, et je vis peu à peu le champ de flexion s'agrandir à mesure que le nivellement était effectué. Cependant, avant d'arriver à la flexion forcée, je pus m'assurer que la limitation du mouvement était due à une traction fibreuse presque élastique s'effectuant en arrière dans la lésion et due à la rétraction fibromusculaire des biceps. Cette limitation fut facilement vaincue par des mouvements progressifs de flexion et je ne m'arrêtai qu'au moment où je pus exécuter la flexion forcée du coude. Je ne cherchai pas à obtenir l'extension forcée.

Je fis des sutures perdues au catgut sur les aponévroses sectionnées, de façon à rétablir anatomiquement toute la région incisée, la plaie fut suturée au crin de Florence, pansement iodoformé et ouaté, sans drain immobilisation en flexion à angle aigu, par un bandage plâtré. L'appareil un peu serré est enlevé au cinquième jour, les fils sont enlevés au septième jour et, au quinzième, le membre est mobilisé, le malade sort de l'hôpital le vingt-cinquième et revient chaque deux jours pour subir un massage : voici son état actuel; le membre supérieur est encore amaigri surtout au niveau de la partie postérieure du bras. Les mouvements de pronation et de supination sont normaux, la course des mouvements de flexion s'exécute à 90°; elle est limitée par la rencontre des surfaces osseuses, la main arrive à sept ou huit millimètres de la bouche, et le malade s'en sert facilement.

Ces essais sont trop peu nombreux pour permettre des conclusions générales, mais les résultats qu'il m'ont donnés sont tellement encourageants que je n'hésiterai pas à les continuer toutes les fois que je me trouverai en présence d'une fracture comminutive du coude, dont la réduction parfaite ne pourra être obtenue. C'est

qu'en pareils cas, le plus souvent c'est une interposition musculeuse ou fibreuse qui empêche la coaptation parfaite et nécessaire. Je donne dans ces cas la préférence à l'enchevillement sur la suture, dans tous ces cas on pourra forer l'os en évitant les cavités olécrânienne et coronoïdienne, bien que les résultats expérimentaux permettent de croire qu'il n'y aurait là aucun inconvénient. La coaptation exacte, parfaite, anatomique est, par ce procédé, beaucoup plus certaine, plus nette, sa permanence est bien mieux assurée que par la suture que j'emploie encore pour les fractures de l'olécrâne et de la rotule, et que je ne me déciderais à employer au coude qu'au cas d'impossibilité d'enchevillement par suite du petit volume des fragments. Cette coaptation me paraît nécessaire au niveau du coude, son interligne forme une ligne irrégulière compliquée, mais que nous devons rétablir exactement pour obtenir le retour fonctionnel des mouvements. Comme procédé opératoire, je conseille une incision sur le bord externe du bras entre le biceps et le brachial antérieur, la mise à nu des fragments, puis la détersion bien exacte du foyer, les caillots, des parties fibreuses ou musculaires qui sont interposées très fréquemment entre les surfaces osseuses seront enlevées, les fragments sont exactement comptés. On fait au point favorable avec une simple vrille une perforation, qui comprend autant que possible l'ensemble des fragments. Une cheville d'os un peu plus grosse que le trajet creusé est enfoncée avec le marteau, son extrémité est exactement réséquée. Si la fracture est en biseau, plusieurs chevilles peuvent être ainsi placées.

Je vous ai signalé les résultats éloignés, l'indolence de la fracture, l'état des contours osseux, l'étendue des mouvements communiqués, la puissance des mouvements actifs; tous ces facteurs me paraissent un critérium indispensable de tout résultat lointain d'une opération sur cette région.

Pour ce qui est de cette fracture ancienne avec cal vicieux, que j'ai traitée par l'abrasion modelante, il prouve bien qu'il faut avant tout chercher la cause exacte de l'impotence avant de pratiquer une résection en pareil cas. Mais je crois qu'il faut, dans cette opération, exagérer l'ablation des parties osseuses qui ont toujours, après l'opération une tendance à s'hypertrophier.

Discussion.

M. Routier. — A propos de l'enchevillement, je rappellerai que je crois être le premier à avoir employé en France les chevilles empruntées aux os d'animaux. Il s'agissait d'une femme qui avait été opérée antérieurement par M. Richelot par la suture au fil d'ar-

gent, d'une pseudarthrose de la mâchoire inférieure. Je lui fis l'enchevillement des fragments à l'aide d'une cheville empruntée à un os de veau. J'ai employé le même procédé pour une pseudarthrose du bras.

M. Quénu. — Je partage les idées qui viennent d'être émises par M. Tuffier à propos des fractures comminutives du coude ; comme lui, je suis intervenu l'année dernière dans un cas de fracture compliquée et le résultat définitif a été satisfaisant. Quant aux fractures anciennes, je pense comme M. Tuffier que les interventions partielles leur sont applicables. Je suis intervenu dans le cas d'une fracture esquilleuse, datant de quatre semaines et déterminant une ankylose complète du coude. L'obstacle au mouvement de flexion consistait dans le déplacement subi par le fragment inférieur de l'humérus qui avait été entraîné en haut et en arrière par le crochet cubital. Dès lors, le fragment supérieur de l'humérus faisait en avant une saillie contre laquelle venait butter le bec coronoïdien dans les mouvements de flexion. Je pratiquai une incision verticale passant au niveau de l'épicondyle et j'abrasai avec le ciseau et le maillet la partie antérieure du cal. J'obtins ainsi une grande amélioration.

M. Félizet. Dans les fractures du coude chez les enfants, il existe une cause spéciale de diminution dans l'amplitude des mouvements. C'est le décollement épiphysaire qui détermine au-dessus de la ligne de l'épiphyse, une véritable exostose limitant la flexion. Dans trois cas de cette nature, je suis intervenu chez deux enfants de 7 ans et chez un de 9 ans et j'ai trouvé au-dessus du cartilage épiphysaire une production osseuse de forme coracoïde qui faisait *Cale* et dont l'ablation avec la gouge permit le retour complet de l'articulation.

M. Monod. Je ferai observer que l'enchevillement à l'aide d'os d'animaux est un procédé déjà ancien. Lors d'un voyage que je fis à Bâle en 1888, je vis, dans le service de Socin, un grand nombre d'os préparés par ce chirurgien dans ce but spécial.

M. Tuffier. Je ne prétends nullement avoir innové en appliquant l'enchevillement avec des os d'animaux ; ma communication a trait expressément à l'intervention dans les fractures du coude.

Communication.

De l'emploi des essences et surtout de l'essence de cannelle ou cinnamol comme topique en chirurgie,

Par M. Lucas-Championnière.

Depuis longtemps une grande préoccupation des chirurgiens les a conduit à chercher des antiseptiques nouveaux pour éviter d'une part les odeurs fétides et d'autre part la toxicité ou simplement les phénomènes d'irritation locale déterminés par certains antiseptiques.

J'avais été frappé dès leur publication, des curieuses recherches faites par M. Chamberland sur les essences. On sait que par ces recherches M. Chamberland avait démontré que beaucoup d'essences sont des antiseptiques d'une grande puissance joignant à leur action de contact direct une précieuse action éloignée en quelque sorte, due à la tension de leurs vapeurs.

Dans l'échelle antiseptique dressée par lui avec comparaison aux antiseptiques connus on pouvait remarquer que certaines essences ont une grande puissance. Dans un travail plus récent de MM. Cadéac et Albin Meunier, des faits du même ordre ont été signalés. On peut voir par exemple dans ces tableaux que l'essence de cannelle de Chine présente une puissance microbicide qui se rapproche infiniment de celle du sublimé.

Ces deux auteurs ont avec juste raison rappelé le parti que les Egyptiens tiraient pour l'embaumement des parfums et des essences et en particulier de la cannelle de Ceylan.

Depuis la publication du mémoire de M. Chamberland en 1887 j'ai fait des essais de toutes sortes sur diverses essences et surtout sur l'essence de cannelle.

J'ai, pendant longtemps, été constamment arrêté par l'action très irritante des essences les plus puissantes. J'ai pris la vaseline comme excipient et, après avoir eu des irritations vives avec l'essence de cannelle, j'étais revenu à l'emploi d'essences moins actives : origan, thym, géranium, verveine.

A une époque plus récente j'avais ajouté dans la pommade qui contenait ces essences un centième de microcidine (*alias*, naphtolate de soude), et j'avais obtenu une pommade qui protégeait bien les plaies, mais restait encore un peu irritante et ne me paraissait pas suffisante du tout pour protéger une plaie à grand écoulement.

Ces recherches que j'ai faites avec plusieurs de mes élèves je

les ai poursuivies surtout avec M. André, pharmacien, et nous sommes entrés avec lui dans une voie féconde en déterminant un excipient antiseptique lui-même, non irritant, le rétinol, cette substance tirée de la distillation de la colophane dont M. F. Vigier, qui l'a introduit dans la thérapeutique, nous a remis des échantillons très purs et très satisfaisants.

Avec le rétinol nous avons pu obtenir la dissolution complète des essences et dès lors nous avons pu obtenir des solutions d'essences avec doses vraiment très élevées et leur application nous a paru maintenir dans des conditions très satisfaisantes l'antisepsie des plaies étendues même avec drainage et écoulement sanguin considérable.

La plus efficace parmi les essences est certainement l'essence de cannelle qu'il faut se garder d'employer telle qu'on la trouve dans le commerce altérée par la lumière et le contact de l'air. C'est après l'avoir distillée à nouveau en la conservant à l'abri de l'air et de la lumière que M. André l'a employée. Il propose à cet état de lui donner le nom de cinnamol pour la distinguer de l'essence du commerce.

Voici la formule de la pommade où l'essence est employée seule :

Rétinol	75gr
Cire stérilisée (quantité variable suivant la consistance)	25
Cinnamol	1

Après cette pommade, M. André nous en a préparé une autre avec addition de naphtol. Je crois, en effet, que pour produire un topique satisfaisant, complet, il est sage de joindre à l'essence si précieuse pour son action éloignée, l'action de ses vapeurs, une substance fixe ne s'altérant que peu ou lentement, destinée à prolonger l'action du topique.

J'ai eu longtemps recours à la microcidine ou naphtolate de soude pour cette action complémentaire du topique. Mais je l'ai trouvée un peu irritante. Puis, ayant constaté avec M. André que le naphtol se dissout admirablement dans le rétinol, j'ai pensé que cet excipient agirait sur lui comme sur l'essence et ferait disparaître les phénomènes d'irritation que détermine le naphtol non dissous. Voici la formule.

Rétinol	75gr
Cire stérilisée	25
Essence de cannelle	1
Naphtol-β	1

Voici donc les deux topiques les plus puissants que j'aie employés et cela de la manière suivante en enduisant un carré de lint boriqué avec cette pommade et l'appliquant directement sur la plaie.

J'ai soumis à ce pansement toutes les laparotomies d'abord, puis une série d'opérations avec drainage : cure radicale de hernie, amputation du sein, ablation de tumeurs diverses. Or voici les résultats que j'obtiens. J'ai toujours vu, depuis l'usage de ces topiques, les plaies rester bien aseptiques. Le trajet du drain n'a pas subi d'infection secondaire.

La peau ne présente aucun phénomène d'irritation. Certainement même l'aspect de la ligne de réunion est meilleur que celui des lignes de réunion sous la gaze iodoformée.

Les résultats paraissent analogues avec le cinnamol seul et avec le cinnamol associé au naphtol. Cependant je dirai plus loin pourquoi j'aurais une confiance plus grande dans la protection par cette association.

Je ferai remarquer que, pour toutes les opérations avec drainage, le pansement est resté en place huit, dix ou onze jours. J'ai donc eu le loisir de constater si le sang qui imprégnait le lint ou si celui qui était resté dans le trajet des drains, s'était altéré. Or, on ne trouvait là ni odeur, ni aspect purulent ou puriforme, et la suite de la réparation s'est faite certainement plus vite que dans les cas de topiques iodoformés.

Je puis donc affirmer que l'essence de cannelle dans ces préparations a donné une défense suffisante pour tous les cas d'opération sur des parties molles avec drainage, et cela avec des pansements très retardés.

En ce qui concerne les régions infectées, j'ai eu l'occasion de l'appliquer aussi, soit dans un vaste anthrax où tous les phénomènes de putridité furent enrayés, seul pendant plusieurs mois dans un cas de gangrène sénile.

Dans ce cas, toute la période d'élimination a été franchie sans odeur on peut dire et avec un minimum de suppuration qui a été très frappant.

Je n'ai pas encore appliqué les mêmes topiques aux grandes ouvertures des articulations, aux opérations osseuses à grand délabrement, ne voulant en venir là que quand j'aurai réglé définitivement le dispositif de ces pansements.

J'ai employé également les essences de moindre puissance, je les ai tantôt associées à l'essence de cannelle, tantôt réunies sans addition aucune de cannelle, ce qui permet d'avoir un topique

d'odeur plus agréable. Voici les deux formules :

Rétinol et cire	100gr
Essence de cannelle	0,40
Essence d'origan	0,40
Essence de géranium	0,40
Essence de verveine	0,40

et la seconde

Rétinol et cire	100gr
Essence de géranium	0,25
Essence d'origan	0,25
Essence de thym	0,25
Essence de verveine	0,25

J'ai choisi, comme on le voit, los essences qui, dans le mémoire de M. Chamberland, sont indiquées comme possédant les propriétés les plus purifiantes au contact et à distance.

J'ai employé ces pommades appliquées sur du lint et les ai utilisées surtout pour des plaies réunies par première intention que je tenais à protéger complètement et j'ai eu la satisfaction d'obtenir des réunions irréprochables. Je citerai volontiers une opération pour chéloïdes des deux oreilles après laquelle on ne voit même pas la trace des points de suture.

Je ne crois pas que ce topique ait une puissance suffisante pour protéger une plaie drainée avec des pansements très retardés. Mais si on revenait souvent au topique, en renouvelant souvent les pansements, on réussirait certainement.

Je ferai remarquer ici que j'ai utilisé ce principe qui a été signalé depuis quelques années, à savoir que les antiseptiques associés sont bien plus efficaces que la somme de leurs actions isolées. On peut expliquer cette action de façons diverses. Mais le fait est constant pour tous ceux au courant des choses de l'antisepsie, et je l'ai appliqué comme je l'ai dit tout à l'heure, pour l'association du naphtol et de la canelle.

Il y a là une ressource précieuse pour l'emploi des antiseptiques médiocres.

On pourra être surpris, en examinant les formules, de voir les antiseptiques nouveaux employés à des doses qui dépassent de beaucoup celles indiquées par leur valeur antiseptique dans les expériences. C'est au millième, par exemple, qu'a été essayée l'essence de cannelle, ou à une dose plus faible encore. Et cependant dans mes topiques, je l'emploie au centième. C'est, en effet, que je continue à penser qu'il faut employer des antiseptiques à doses excessives de façon à être assuré quand même de leur action

et de façon à ne pas être obligé de recourir sans cesse à une nouvelle action topique, à un balayage ou à une foule d'actions complémentaires aseptiques mais toutes nuisibles aux phénomènes de réparation.

Aussi je n'ai été sûr de pouvoir réussir, que lorsque j'ai constaté que des doses trop élevées d'antiseptiques restaient parfaitement inoffensives pour les sujets.

Les essences dont nous venons de parler peuvent être administrées à l'intérieur ; et dans ce cas, leur passage dans l'urine est un fait remarquable dont on peut tirer un résultat thérapeutique.

On remarquera, par exemple, que le passage des produits de l'essence de cannelle, la plus puissante des essences essayées par M. Chamberland, permet d'introduire dans l'urine un antiseptique puissant. Actuellement, des expériences et des applications thérapeutiques sont entreprises avec le cinnamol et donnent de premiers résultats très satisfaisants.

Rapport.

M. Picqué fait un rapport sur deux observations adressées à la Société de chirurgie par M. le Dr Dayot (de Rennes).

Obs. I. — *Métrite chronique traitée par les crayons de chlorure de zinc. Atrésie du col aboutissant à son oblitération. Extirpation des annexes. Guérison.*

Il s'agit d'une femme de 38 ans, qui présente une lamentable histoire utérine et dont je ne relaterai, soyez-en sûr, que les points les plus saillants. Peu de temps après son mariage, elle fait une fausse couche de six semaines.

Elle redevient enceinte très rapidement. L'accouchement est laborieux et se termine après quarante-huit heures par une application de forceps. Il y a infection manifeste, car la malade contracte une phlébite qui l'oblige à rester au lit pendant quatre mois. Pendant ce laps de temps, des cautérisations sont faites au niveau du col.

Dix-sept mois après, elle accouche une deuxième fois, puis trois ans plus tard une troisième fois. Nouvelle phlébite. Cinq mois de repos au lit. Depuis la malade a continuellement été souffrante. Un traitement anodin est d'abord institué, puis en septembre 1887, un crayon de chlorure de zinc est introduit dans l'utérus. C'est là le point culminant de l'observation.

Après une amélioration très passagère apparaissent en octobre des métrorragies importantes qui nécessitent un curettage. On y adjoint des cautérisations interstitielles du col au thermocautère,

La situation s'aggrave constamment. L'état général est devenu mau-

vais. L'anôrexie est complète, l'amaigrissement extrême (la malade a perdu 33 kilog.).

Il existe de vives douleurs dans le ventre qui rendent la marche très difficile. Les règles sont très abondantes et précédées de coliques atroces.

Au retour d'une saison à la Bourboule, les règles sont supprimées et remplacées, tous les mois, par des crises de douleurs intolérables.

A ce moment, un examen attentif démontre une atrésie absolue de l'utérus. L'incision du col, les essais réitérés de dilatation restent sans résultat.

Ces manœuvres sont d'ailleurs le point de départ d'une nouvelle infection et la température monte à 40°.

En août 1891, notre confrère de Rennes vit la malade pour la première fois. L'examen des organes génitaux lui fournit les renseignements suivants :

Par le toucher vaginal, on constate que la portion vaginale du col a complètement disparu : le vagin se termine du côté de l'utérus par un cul-de-sac induré et ulcéré. Le palper combiné permet de reconnaître un utérus petit de consistance ligneuse.

A gauche existe « une tumeur allongée grosse comme le pouce, peu mobile et très douloureuse à la pression ». Rien à droite d'appréciable. M. Dayot recherche avec soin l'orifice du col, mais ses tentatives restent infructueuses.

Admettant, dès lors, une atrésie complète de l'utérus et s'appuyant sur l'existence des lésions périutérines et sur les symptômes fonctionnels accusés par la malade, il propose une laparotomie qui est acceptée et exécutée selon les règles ordinaires en septembre 1891.

La trompe droite est légèrement augmentée de volume; l'ovaire correspondant est polykystique. La trompe gauche présente, dit l'auteur, des parois épaissies et contient un peu de liquide sanguinolent ; l'ovaire du même côté est également polykystique.

Je n'insisterai pas sur les suites qui ne présentèrent rien de particulier. La malade se lève au vingt-cinquième jour et reprend peu à peu la vie commune. Tout en se trouvant très heureuse du résultat obtenu, et dont elle remercie notre confrère dans une lettre pleine de reconnaissance, elle accuse néanmoins des douleurs persistantes jusqu'au mois de février, c'est-à-dire cinq mois après l'opération ; depuis elle souffre de temps à autre « quoique rarement », principalement au moment des époques.

Messieurs, cette observation qui fait honneur à notre confrère et dont je le félicite bien volontiers, soulève certaines questions que je vous demande la permission de passer rapidement en revue.

Ce cas démontre une fois de plus l'insuffisance et les dangers du traitement de l'endométrite par les crayons de chlorure de zinc, cette méthode détestable qui dut sa vogue passagère à des

communications retentissantes, à sa simplicité d'application, et à des améliorations passagères trop vite annoncées comme des succès. Certes la question est jugée aujourd'hui et chacun de vous a présent à l'esprit, les cas qui vous ont été rapportés ici même par MM. Pozzi, Routier et plusieurs autres, de femmes qui, à la suite de ces applications funestes, avaient dû subir l'ablation des annexes ou l'hystérectomie vaginale, pour des symptômes graves dépendant d'une atrésie consécutive de l'utérus. Moi-même, chez une malade atteinte d'accidents graves dus à l'introduction d'un crayon, je dus me résoudre à l'hystérectomie vaginale, opération à laquelle je dus mon premier beau succès; ce cas est relaté dans un travail en cours de publication. Mais il est bon, une fois de plus, de montrer aux praticiens que la simplicité néfaste de la méthode pourrait séduire encore, l'exemple de cette malade chez laquelle l'état local s'est constamment aggravé depuis l'application du crayon, chez laquelle les métrorragies et les douleurs avaient augmenté jusqu'au jour où M. Dayot se décida à l'opérer.

D'ailleurs, Messieurs, cette question du crayon m'a toujours paru mal posée. En effet, opposer l'application d'un topique solide au curettage, n'était-ce pas méconnaître l'anatomie pathologique complexe de l'endométrite en même temps que la pratique des chirurgiens en face d'une endométrite.

Ne faut-il pas, en effet, dans une endométrite considérer en même temps que les lésions de la muqueuse du corps, celle du col, ainsi que toutes les modifications de la statique utérine qui peuvent la compliquer et les lésions possibles des annexes.

Dès lors le traitement des lésions de la muqueuse du corps, ne devient qu'une partie du traitement d'ensemble de l'endométrite, traitement qui doit comprendre celui de toutes les lésions concomitantes, exiger une amputation du col, des colporrhaphies et la réfection du périnée, voire même l'hystéropexie ou l'alexander et quelques fois même l'ablation d'une trompe malade.

Rarement en somme le chirurgien n'aura à traiter que la muqueuse seule du corps; et le principe des opérations associées ou successives a depuis longtemps été adopté par mon maître M. Pozzi qui a été un des premier, sinon le premier à l'appliquer dans notre pays. La question posée en ces termes, que devient dès lors l'opposition du crayon au curettage. Il a semblé aussi que par cette méthode on entendait opposer la simplicité de l'application du crayon à la complication inutile, disait-on, de l'opération du curettage?

Or, c'est justement cette complication qui devient une garantie contre l'infection et qu'on doit rechercher dans toute manœuvre

exercée sur le col, ou sur la muqueuse utérine, et c'est la simplicité de l'application du crayon qui, réserves faites pour les accidents d'atrésie qu'elle entraîne, devait dès le début, nous mettre en garde contre elle.

L'histoire de cette malade nous en offre d'ailleurs un exemple, puisqu'à la suite d'une simple tentative de dilatation, elle eut des accidents d'infection caractérisés par une élévation thermique de 40°.

D'ailleurs, le curettage n'est qu'une formule excellente, mais nullement indispensable dans tous les cas.

Depuis quelques années que je suis la pratique de mon excellent maître, M. Périer, j'ai pu voir les excellents résultats qu'il avait obtenus en remplaçant, dans un grand nombre de cas, le curettage par le frottement de la muqueuse utérine à l'aide de gaze au salol imbibée de naphtol camphré ou de solution de chlorure de zinc au 1/10ᵉ.

Je me plais à dire que j'ai moi-même, bien souvent, dans le cours de mes remplacements, eu recours à cette méthode et que j'en ai retiré les résultats les plus encourageants.

Il est évident en résumé que les formules peuvent se substituer les unes aux autres, mais la rigueur antiseptique doit rester invariable là comme ailleurs.

Il me reste, Messieurs, à vous présenter quelques observations au sujet du choix de l'opération adoptée par notre confrère de Rennes. Tout en le félicitant du résultat de son intervention, je crois qu'il eut bien fait de recourir dans ce cas à l'hystérectomie vaginale. Qu'il me laisse le lui dire en toute sincérité. Sans être un partisan absolu de cette opération, je crois que l'atrésie de l'utérus constitue une indication formelle contre laquelle ses détracteurs ne sauraient invoquer d'arguments.

Dans un travail en cours de publication, j'ai relaté l'histoire d'une malade opérée d'une double salpingectomie et chez laquelle je dus pratiquer une hystérectomie vaginale qui la guérit de douleurs persistantes dues à des lésions invétérées de l'endomètre.

Dans le cas de M. Dayot comme dans le mien, la fonction génitale était, pour des causes différentes, irrémédiablement perdue, et je me demande réellement si notre confrère n'eut pas obtenu un résultat plus rapidement définitif en lui pratiquant d'emblée une hystérectomie vaginale.

Obs. II. — *Vomissements incoercibles de la grossesse. Curettage. Cessation des vomissements. Paralysie hystérique. Continuation de la grossesse. Accouchement d'un enfant vivant. Guérison.*

Il s'agit d'une jeune femme arrivée à un état d'anémie profonde

avec syncopes répétées et prolongées dues à des vomissements incoercibles de la grossesse, qui résistèrent à divers traitements, entre autres l'application de cocaïne et de belladone sur le col.

M. Dayot, appelé par son confrère M. Accolas, de Laval, propose de provoquer un avortement. La grossesse était d'environ trois mois.

Il pratiqua tout d'abord le cathétérisme utérin ; l'instrument pénétra profondément et l'on put croire que l'œuf avait été ponctionné ; l'avortement ne s'effectua pas. Il est probable, ce qui arrive souvent, que le cathéter avait cheminé entre l'œuf et la paroi utérine, et c'est une raison qui doit faire éliminer à notre sens l'emploi de l'hystéromètre dans le diagnostic de certaines grossesses.

Quoiqu'il en soit, les vomissements s'arrêtèrent, mais ils reprirent au bout de quelques jours avec une grande intensité, et M. Dayot se décida à pratiquer un curettage après dilatation. Ce curettage, évidemment, ne fut pas complet, puisque la grossesse suivit son cours et que la malade accoucha d'un enfant vivant dans les délais normaux. Néanmoins, cette opération eut pour résultat d'arrêter les vomissements incoercibles qui menaçaient la vie de la malade, et le fait, tout singulier qu'il est, mérite la peine de vous être signalé.

Il me paraît également intéressant d'insister sur la tolérance que présentent certains utérus gravides à des actes chirurgicaux portant sur le col ; d'ailleurs, ces faits ne sont pas rares : récemment encore j'ai vu M. Périer pratiquer chez une femme enceinte de sept mois et atteinte du cancer du col, un curettage et une abrasion des parties atteintes par le néoplasme, opération qui n'arrêta pas la marche de la grossesse.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer ses observations dans nos archives ; 3° de le maintenir dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. Reclus. J'ai fait une seule fois, il y a trois ans, l'application d'un crayon de chlorure de zinc pour une métrite ; je dois dire que le résultat a été très satisfaisant et s'est maintenu jusqu'ici. En revanche, j'ai vu, il y a quelque temps, une malade soignée par ce même procédé et qui présente une atrésie absolue.

Rapport.

Résection tibio-tarsienne chez un vieillard de 63 ans, par le Dr F. Roux, professeur suppléant de l'Ecole de médecine de Marseille, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. Chauvel.

L'observation intéressante dont vous m'avez chargé de vous rendre compte a trait à un homme de 63 ans qui, dans une chute de l'échelle d'un navire, eut le pied gauche saisi entre les deux dernières marches. Une luxation tibio-tarsienne compliquée de fracture de l'extrémité inférieure du tibia fut la conséquence de ce traumatisme. Bien que la réduction fût impossible, c'est seulement le vingtième jour que le blessé entra à l'Hôtel-Dieu. M. le Dr F. Roux constata une luxation du pied en dehors, avec formation de stalactites osseuses, rougeur, gonflement, distension des téguments. Il propose une intervention qui, d'abord énergiquement repoussée, est acceptée quelques jours plus tard et pratiquée le 26 octobre 1890, vingt-huit jours après l'accident.

Notre confrère, en raison, dit-il, de l'intégrité du pied, se décide à réséquer les os de la jambe et recourt aux incisions latérales classiques. Il attaque d'abord le tibia dont la dénudation n'offre de difficultés qu'en arrière et en dehors ; puis le péroné, dont la mise à nu est bien plus pénible parce que l'inflammation n'a pas détaché son périoste. Chemin faisant, il constate que la partie inférieure de l'espace inter osseux est comblée par la prolifération osseuse, que les surfaces articulaires sont complètement détruites, que les os sont par points mous et flexibles, enfin que des productions osseuses déforment l'épiphyse tibiale.

Avec la scie il enlève du tibia, non compris les malléoles, une tranche de 1 centimètre de hauteur et trouvant la surface saine, sauf, dit-il, une ligne rougeâtre qui traverse obliquement le champ de l'os, probablement trace de l'ancienne fracture, il ébauche une nouvelle mortaise avec la scie et la termine lentement avec la gouge et le maillet. L'astragale y est parfaitement emboîtée ; il ne reste plus qu'à fermer les plaies et à appliquer un appareil plâtré.

La réaction fut nulle et à la levée de l'appareil, le 2 janvier 1891, après deux mois, on trouva le pied en bonne position et les mouvements communiqués possibles, bien que gênés par la raideur articulaire et les contractions musculaires. Huit jours plus tard, le malade quittait l'hôpital et bientôt remplaçait ses béquilles par deux, puis par une seule canne. Actuellement, il travaille tous les jours debout et fait le soir une demi-heure de marche pour rentrer

chez lui. Il présente ses mouvements de flexion et d'extension du pied ainsi que certains mouvements combinés, aucun mouvement de latéralité. Enfin, le raccourcissement est si léger que, sans boiterie, l'opéré se sert de chaussures ordinaires.

A cette observation. M. le Dr F. Roux ajoute quelques réflexions sur les succès que peut donner la résection articulaire même dans un âge avancé ; sur la possibilité et l'intérêt d'affermir ses mouvements dans la jointure normale ; enfin sur la supériorité que donnent les procédés dans lesquels on s'efforce de modeler les surfaces osseuses sur les types de l'articulation normale. « Nous n'avons pas, dit notre confrère de Marseille, et ici je lui laisse la parole ; nous n'avons pas l'équinisme que signale M. Pozzi dans sa très belle observation. Nous n'avons pas eu non plus, comme le signale M. Verneuil, aucune subluxation du pied et cependant nous n'avons pas employé la section du tendon d'Achille si recommandée par M. Berger et M. Pozzi, ni la section des péroniers latéraux, précepte déjà émis par Lefranc et défendu avec autorité par M. Verneuil. Nous avons évité les complications qu'apporte à l'opération le procédé de Polaillon et l'opération supplémentaire de Polosson. Ce résultat, nous ne pouvons l'attribuer qu'à la partie du manuel opératoire dans laquelle nous avons refait la mortaise tibio-péronière et nous ajouterons que nous avons la conviction intime qu'en calculant aussi exactement que possible les dimensions et les inclinaisons de la nouvelle mortaise on arrivera toujours à obtenir de beaux succès, des membres solides et à fonctionnement excellent. »

Nous ne saurions partager absolument les opinions de notre confrère, et son enthousiasme, ne s'appuyant que sur un fait unique, nous paraît un peu exagéré. Les reproches qu'il adresse au procédé de M. Polaillon, nous ne les croyons pas fondés et, chaque fois que la conservation de la malléole péronière et de la partie articulaire du péroné est possible, nous la jugeons commandée. Tel était ici le cas. Au moins la description qu'en donne M. F. Roux ne permet pas de conclure que cette manière d'agir fût impraticable. De ce qu'il existait quelques productions osseuses nouvelles restant du plateau tibial en résultait-il forcément la disparition de l'espace inter-osseux au niveau du point où M. Polaillon, nous-même et d'autres chirurgiens avons enlevé un segment de cet os ?

Il fallait s'en assurer *de visu* et notre confrère n'a pas conduit la dénudation osseuse assez haut pour le faire. Tout le premier, il nous signale les difficultés que l'intégrité absolue du péroné lui a occasionnées pour la conservation du périoste. Alors, pourquoi sacrifier cette portion saine; si habile que soit la main du chirurgien, elle ne fera jamais une mortaise aussi solide que la mortaise

naturelle et nous comprenons difficilement qu'ayant enlevé 1 centimètre du plateau tibial par son premier trait de scie, M. F. Roux, pour creuser la cavité interosseuse nouvelle et lui donner des apophyses malléolaires, n'ait pas éprouvé bien des difficultés. Car ou l'os était sain, solide, résistant et la pression a été grande pour le tailler convenablement, ou l'os était enflammé, poreux, friable, et les fractures n'étaient pas à l'abri d'une phlegmasie récurrente.

Mais, je ne veux pas insister davantage ; un peu grisé par son succès obtenu dans des conditions difficiles, notre confrère en a tiré des conclusions trop générales. Félicitons-le de sa réussite, mais qu'il soit bien convaincu que conserver une malléole péronière saine au prix de l'ablation d'un fragment du péroné sur un point plus élevé, vaudra toujours mieux pour la reconstitution d'une jointure utile et solide que la taille avec la scie et la gouge d'une mortaise entièrement nouvelle.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser des remerciements à M. F. Roux pour son intéressante observation et do déposer son travail dans nos archives.

Élection pour une place de membre titulaire.

Nombre de votants, 22.

Ont obtenu :

MM.	Michaux	20 voix.
	Broca	1 —
	Walter	1 —

En conséquence, M. Michaux est proclamé membre titulaire.

Présentation de malades.

M. Chaput présente la malade opérée par lui pour une fistule uretéro-vaginale et dont il a communiqué l'histoire à la Société de chirurgie. Elle a actuellement trois selles par jour et n'éprouve aucune gêne.

M. Quénu présente un malade auquel il a pratiqué, il y a quatorze jours, une autoplastie de la voûte palatine pour une fissure consécutive à un coup de fusil reçu sous le menton. L'opération a été faite par un procédé spécial sur lequel M. Quénu reviendra ultérieurement.

M. HARTMANN présente une malade ayant eu autrefois des accidents paludiques et à laquelle il a enlevé une rate du poids de 3 kilogrammes, à la suite de phénomènes péritonitiques produits par la torsion du pédicule de l'organe.

Présentation de pièces.

M. MONOD présente une pièce d'*hydronéphrose intermittente*, opérée par voie transpéritonéale. On y voit nettement la *coudure de l'uretère* resté perméable et accolé à la face externe du bassinet, coudure caractéristique décrite par MM. Terrier et Marcel Baudouin.

M. TUFFIER présente un *rein tuberculeux*.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
E. KIRMISSON.

Séance du 17 mai 1893.

Présidence de M. PÉRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. TERRIER, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Communication.

Deux cas d'hydronéphrose intermittente,

Par M. le Dr GÉRARD-MARCHANT, chirurgien des hôpitaux.

Je profite de la présentation de M. Monod pour vous communiquer deux cas d'hydronéphrose intermittente, que j'ai recueillis dans le service de mon maître, M. Nicaise, à l'hôpital Laënnec.

Ces deux cas diffèrent par leur anatomie pathologique, leur physionomie clinique et la thérapeutique qui a été suivie.

La première malade, une cuisinière de 26 ans, nous fut adressée par M. Landouzy. Elle souffrait, disait-elle, depuis de longues années du bas-ventre et du flanc droit.

Le toucher vaginal nous démontra l'existence d'une salpingo-ovarite bilatérale, nous constations en même temps une ptose rénale totale à droite. Nous avions ainsi l'explication des douleurs du bas-ventre et de la sensation de gêne que la malade éprouvait au niveau du flanc droit. Cette coïncidence d'une lésion utéro-ovarienne et d'un rein mobile ne pouvait nous surprendre, étant donné la fréquence de cette association morbide.

L'ancienneté de la lésion des annexes, les souffrances accusées par cette malade qui ne pouvait plus vaquer á ses occupations, nous semblaient commander une laparotomie qui fut pratiquée le 25 février 1892. A droite nous trouvâmes un ovaire scléro-kystique. A gauche une trompe très notablement augmentée de volume, et infiltrée de pus.

Je passe sur les suites de l'opération qui furent trés simples. Du 25 février au 15 mars, la température ne dépassa pas 37°5. Je note simplement l'impossibilité pour l'opérée d'uriner sans sonde pendant quinze jours.

La guérison semblait être définitive, quand le 16 mars la malade est prise de fièvre, de frissons, d'une courbature générale, de nausées, de vomissements et d'une somnolence invincible. En même temps, le flanc droit devient douloureux; les urines, qui jusque-là avaient été claires, abondantes, sont rares, foncées en couleur, et laissant déposer un nuage grisâtre.

Examinées au microscope, on y trouve de rares globules de pus; pour la première fois elles contiennent de l'albumine.

L'examen méthodique du rein droit nous révèle trois faits nouveaux et importants : 1° le rein en ptose totale qui était *mobile*, réductible au gré de l'explorateur, était devenu fixe, immobile, sans que la palpation ou les efforts de toux parvinssent, comme au début, à le faire rentrer dans sa loge.; 2° le rein était notablement augmenté de volume et comme enserré dans une sorte de tuméfaction périphérique; enfin, 3° il était devenu d'une sensibilité particulièrement exquise.

Pendant trois jours la malade présenta les mêmes accidents; le quatrième jour, la fièvre tombe, l'appétit renaît, mais les urines sont toujours beaucoup moins abondantes. La température revient á 37° et s'y maintient pendant quatre jours.

A ce moment, c'est-á-dire le 23 mars, nouvelle ascension du thermomètre (40°) accompagnée des mêmes phénomènes. Cet accès présente une durée identique au précédent, trois jours. Le rein est toujours *fixe, immobile, augmenté de volume*, et ***douloureux;*** les urines sont rares.

Le 29 mars, changement á vue, tous les accidents cessent; le rein est devenu aussi mobile que lors de la première exploration, il reste gros, mais moins douloureux.

C'est alors qu'en interrogeant la malade avec plus de soin, on

apprend que depuis quatre ans elle a eu des accès analogues, à huit ou neuf reprises différentes. La première fois elle a gardé le lit pendant deux mois : la région du flanc droit avait augmenté de volume à cette époque. On l'a soignée par des pointes de feu et des vésicatoires.

Les autres accès duraient quinze jours, huit jours, trois et quatre jours. Dans l'intervalle, la malade reprenait ses occupations.

En présence de ces symtômes, je portai le diagnostic d'*étranglement rénal*, de *rein mobile immobilisé :* accidents que l'on explique maintenant par la coudure de l'uretère. C'était une hydronéphrose intermittente, infectée par une pyonéphrose, puisque les urines ne contenaient pas toujours du pus, et que, en dehors des crises, la malade était apyrétique.

Je conseillai l'usage d'une ceinture de Glénard, espérant par ce refoulement du rein soulager la malade. Mais le 1er décembre 1892, elle rentrait à Laënnec, demandant à être opérée, car elle avait eu depuis sa sortie de l'hôpital, quatre crises rénales très douloureuses.

Le 20 décembre 1892, avec nos aides habituels, MM. Renault et Damaye, internes des hôpitaux, et l'assistance amicale de mon collègue, M. Tuffier, je pratiquai à cette malade une néphropexie, précédée d'une néphrotomie et d'un drainage rénal.

Ce seul plan opératoire permettait en effet : 1° de s'assurer qu'il n'y avait pas de calcul rénal (quoique la chose fût peu probable, car la malade n'avait jamais eu d'hématurie, et que ses accès offraient un type clinique différent de celui des calculs); 2° de désinfecter la poche; 3° de s'opposer par le drainage à la rétention de liquides septiques.

Je passe sur les détails de l'opération. Le rein, découvert par une incision lombo-iliaque, fut incisé sur la partie moyenne de son bord convexe jusqu'au bassinet. Le doigt introduit par cette brèche rénale put constater les dimensions excessives du bassinet, mais l'exploration digitale, ou avec l'extrémité d'une pince, ne révéla pas la présence d'un calcul.

Le rein était gros et le parenchyme rénal d'apparence saine.

Un drain (tube de caoutchouc rouge sans orifices latéraux) plonge dans le bassinet ; suture à la soie du tissu rénal, au-dessus et au-dessous du drain. Le rein est fixé à la dernière côte et à la paroi, par trois fils de soie qui traversent la capsule et les plans musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale.

La peau de la paroi abdominale est ensuite suturée. Pansement à la gaze iodoformée.

La guérison opératoire n'a rien présenté d'anormal. Pendant deux ou trois jours il s'est écoulé par le drain un liquide roussâtre en petite quantité. Le drain fut retiré au bout de six semaines. Fermeture très rapide du trajet du drain, sans fistule.

Cette malade que je vous présente, est aujourd'hui guérie de son infirmité, elle n'a plus eu de crises, et elle vous témoignera son bonheur d'être débarrassée de ses douleurs.

Voilà donc un cas de rein mobile, avec crises douloureuses

pouvant être rapportées à une hydronéphrose intermittente et guérie, momentanément du moins, par la fixation du rein précédée de néphrotomie et du drainage intra-rénal.

Il nous serait facile de citer des cas semblables, et je vous rappelle l'observation déjà ancienne, de M. Guyon et celle de M. Albarran, communiquées au Congrès de chirurgie en 1893. M. Tuffier a obtenu aussi des succès par la néphropexie dans le cas d'hydronéphrose intermittente (4 cas).

J'ajoute qu'au cours de notre opération, il ne nous fut pas possible de constater la coudure de l'uretère : le bassinet était distendu, vous ai-je dit, mais le succès dû au relèvement du rein et à sa fixation, semble plaider en faveur de cette disposition, aujourd'hui incontestable, après la lecture du travail très intéressant de MM. Baudoin et Terrier.

L'histoire clinique de ma seconde malade n'est pas moins curieuse :

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, entrée à Laënnec (service de M. Nicaise), le 31 mars 1893, pâle, anémique, chétive, amaigrie, ayant l'habitus phtisique : elle se plaignait d'une douleur dans la région lombaire gauche, douleur qui remontait, disait-elle, à un accouchement en février 1889, et qui se serait exagérée lors d'un second accouchement en avril 1892.

En explorant la région lombaire gauche, nous constatâmes l'existence d'une tuméfaction sous-rénale, sans limites précises, occupant tout l'espace compris entre les fausses côtes et la fosse iliaque.

Cette tumeur était fluctuante, elle donnait lieu au ballottement rénal, et après avoir éliminé l'existence d'un kyste de la rate, le diagnostic d'hydronéphrose fut porté : dans un cas semblable nous avions vu Trélat, alors que nous étions son chef de clinique, faire une ponction, ramener un liquide renfermant de l'urée, mais cette ponction nous sembla inutile pour le diagnostic, susceptible même d'inconvénients.

Cette malade était en observation dans le service : je l'examinai deux fois par semaine, et j'étais frappé de la diminution de volume de la poche.

Pour en constater l'existence il fallait déprimer fortement la paroi abdominale, et arriver à comprimer la tumeur entre les mains placées, l'une sous les fausses côtes, l'autre dans la région lombaire : par cette sorte de resserrement de la tuméfaction, on arrivait à sentir une résistance.

Un jour, M. le Dr Glénard vint assister à notre visite et je montrai cette malade à notre distingué confrère, qui a étudié avec tant de crédit l'entéroptose et les déplacements concomitants du foie, de l'estomac et du rein ; quelle ne fut pas ma surprise, lorsque M. le Dr Glénard me dit : « Mais cette malade n'a rien du côté de son rein, on ne le sent pas : il n'est même pas abaissé ! »

En même temps que la disparition totale de cette tumeur rénale

étaient apparus deux phénomènes importants : 1° l'augmentation de la quantité des urines : la malade urinait 3 litres au lieu de 1750 grammes de liquide ;

2° Ce liquide urinaire absolument normal jusque-là, contenait 75 centigrammes d'albumine par litre.

Le 6 avril, la tumeur qui s'était éclipsée commençait à apparaître : les urines tombaient à 1750 grammes; elles ne contenaient plus d'albumine.

L'examen attentif de cette malade pendant plusieurs semaines nous avait révélé :

1° Qu'il existait une tumeur rénale fluctuante ;

2° Que cette tumeur était à apparition intermittente : qu'elle se remplissait et qu'elle se vidait, qu'elle s'éclipsait en un mot ;

3° Que lorsque la tumeur se vidait dans la vessie, l'urine augmentait du double, qu'il y avait une débâcle urinaire, et qu'à ce moment l'urine contenait de l'albumine ;

4° Que lors de la formation de la tumeur, l'urine tombait à 1750 grammes, et les urines n'étaient plus albumineuses : la malade urinait dans son rein !

Le diagnostic d'hydronéphrose intermittente à évacuation totale et rapide fut définitivement porté.

Nous savions, d'autre part, que le rein droit était sain, puisque lorsque la porte rénale gauche était fermée, et que la malade urinait dans sa poche, les urines recueillies étaient normales comme quantité et comme qualité.

L'hydronéphrose était-elle infectée ? L'absence de fièvre, de douleur locale, de pus dans les urines ne nous permettait pas de penser que cette poche fût infectée.

L'intervention était décidée et nous l'avons pratiquée le 18 avril 1893, avec le concours de nos internes, MM. Galliet-Duplessis, Collet et Blanc, et de notre collègue M. Albarran qui, sur notre demande, voulut bien nous assister.

Je me proposais de faire, à cette malade, la néphrotomie : je voulais conserver ainsi et utiliser, pour l'élimination des produits de désassimilation, les portions saines de la substance rénale ; il subsistait de cette substance rénale, puisque la poche se remplissait en quelques jours (de 4 à 6 jours).

Après avoir découvert le rein par la région lombaire, après l'avoir isolé de son atmosphère graisseuse, et fendu sa capsule, pendant qu'un aide repoussait le rein par la paroi abdominale, j'aperçus un kyste à paroi bleuâtre bombant au niveau du bord convexe du rein ; incision de ce kyste, qui donna issue à 300 grammes environ d'un liquide qui fut recueilli pour un examen bactériologique (pipette), et dans un vase à expérience, pour des recherches chimiques.

Devant l'altération rénale, la transformation presque totale de son tissu en kyste, je renonçai à la néphrotomie, et pratiquai la néphrectomie, par le procédé d'Ollier (décortication sous-capsulaire).

L'opération fut simple ; la décortication s'effectua sans difficulté,

mais pour amener la tumeur à l'extérieur, la pédiculiser, nous dûmes ponctionner une série de kystes, et encore ces poches ne furent-elles pas toutes ouvertes, puisque la tumeur qui fut extraite en contenait encore un grand nombre.

Je passe sur les détails de l'opération : ligature isolée de l'uretère et des vaisseaux du rein. L'uretère était augmenté de calibre, mais non coudé : cautérisation au thermocautère du bout périphérique pour se mettre à l'abri de l'infection ; résection de la plus grande partie de la capsule du rein ; suture par étage, après drainage de la poche rénale.

Les suites opératoires ont été simples : la température a oscillé autour de 38° pendant cinq jours ; le pouls s'est élevé à 130 (comme l'ont signalé divers observateurs à la suite de la néphrectomie) pour tomber à 90 au septième jour. Les urines sont tombées à 500 grammes le jour de l'opération ; le lendemain, la malade rendait 750 grammes d'urine, puis 1000 grammes et, à partir du cinquième jour, 1250 grammes.

Les drains ont été supprimés au douzième jour et la réunion était complète au vingt-deuxième jour.

Cette opérée a aujourd'hui toutes les apparences de la santé, bien qu'elle conserve encore une respiration rude aux deux sommets.

Le rein qui a été enlevé était transformé en une série de loges, de poches, de kystes, séparés les uns des autres par des travées fibreuses ; il restait un peu de substance rénale (le quart du rein environ) au niveau du pôle supérieur. L'uretère, augmenté dans son calibre, s'ouvrait à la partie supérieure de la poche : la plus grande partie de la poche était au-dessous de l'abouchement de l'uretère, parallèle à lui, et on peut se demander si cette poche juxta-urétérique ne pouvait pas comprimer le conduit vecteur de l'urine.

L'examen des urines après l'opération [1] a fourni les résultats suivants : quantité, de 500 à 750, puis 1000 grammes ; urée, 37gr,149 ; albumine, néant ; sucre, néant.

L'analyse chimique du liquide extrait de la poche a révélé : urée, 7 grammes ; phosphates, 80 centigrammes ; réaction, alcaline ; albumine, proportions notables ; sucre, néant.

L'analyse microscopique a révélé des globules rouges, des leucocytes granuleux et polynucléés, des cellules épithéliales cylindriques, des cocci deux à deux et groupés en quatre.

M. Besançon, interne distingué des hôpitaux, a pratiqué l'examen bactériologique et a trouvé des staphylocoques blancs liquéfiant la gélatine.

L'examen histologique a révélé la présence de follicules tuberculeux siégeant surtout dans la région des tubes contournés, aux dépens desquels ils semblent formés. Il existe une sclérose très marquée, mais systématisée à certains groupes de tubes contournés et de glomérules,

[1] L'examen avant l'opération avait donné les résultats suivants : couleur, pâle ; odeur, *sui generis ;* consistance, assez fluide ; dépôt, quelques flocons ; densité, 1018 ; réaction, acide ; urée, 17gr,934 ; acide phosphorique, 1gr,94 ; albumine, néant ; sucre, néant.

sclérose jeune formée surtout d'infiltration embryonnaire, péri-artérite banale et, dans certains points, d'apparence tuberculeuse.

Cette sclérose est très marquée au niveau de la papille et de la région des tubes de Bellini : la substance médullaire est très diminuée d'épaisseur et les éléments qui la composent semblent tassés.

Par contre, dans la région corticale, on rencontre des systèmes de tubes urinifères où il n'y a pas de lésion ni du côté de l'épithélium, ni du côté du tissu conjonctif.

Dans les coupes, on ne trouve pas de staphylocoques.

En résumé, il s'agissait d'une hydronéphrose intermittente, infectée, d'origine tuberculeuse.

Communication.

Hydronéphrose intermittente. Néphrectomie. Guérison,

Par M. Ch. Monod.

Je vous ai présenté, à la fin de notre dernière séance, une pièce d'hydronéphrose non suppurée opérée par moi quelques jours auparavant par voie transpéritonéale.

Je ne comptais pas vous donner dès aujourd'hui la relation clinique de ce fait, pensant devoir attendre, pour cela, que la guérison fût complète.

L'intéressante communication de M. G. Marchant m'engage, pour ne pas scinder le sujet, à vous présenter immédiatement un aperçu de l'histoire de ma malade. Je le puis d'autant mieux que neuf jours se sont écoulés depuis l'opération, sans incident d'aucune sorte, sans réaction locale ni générale ; qu'au pansement d'hier les fils ont été enlevés, que la réunion paraissait parfaite, et que la guérison peut être considérée dès aujourd'hui comme certaine.

Les détails qui vont suivre vous montreront que ce fait peut être regardé comme un exemple type de l'affection si bien décrite par MM. Terrier et Baudoin sous le nom *hydronéphrose intermittente*, avec cette seule restriction que, chez ma malade, la dilatation du bassinet, temporaire pendant de longues années, avait fini par devenir permanente. MM. Terrier et Baudoin ont d'ailleurs bien montré que telle était souvent la phase ultime de la maladie, lorsqu'elle était abandonnée à elle-même.

Ma malade, Mme X..., âgée de 44 ans, faisait remonter le début de ses accidents à plus de dix ans. Le Dr Gillet de Grandmont, qui lui

donnait alors des soins, constata chez elle la présence d'un rein flottant à droite. Six mois plus tard, la malade pouvait elle-même percevoir dans le flanc droit la présence, à certains moments, d'une tuméfaction appréciable au toucher. Elle notait, en même temps, que l'apparition de la grosseur coïncidait avec une douleur assez vive ressentie dans la même région.

Depuis lors, douleur et tuméfaction réapparurent à des intervalles variés sous forme de crises de durée variable également. Il parut à la malade que ces crises coïncidaient souvent avec les règles et survenaient à égale distance de deux époques successives.

Mme X... raconte que, au début du moins, elle pouvait mettre elle-même fin à la crise. Pour cela, elle se couchait par terre, exerçait une pression sur la tumeur et « remettait son rein en place ». On peut se demander si, par cette manœuvre, elle ne parvenait pas plutôt à évacuer le liquide contenu dans son bassinet dilaté. Elle dit, en effet, qu'elle avait alors la sensation que « quelque chose se vidait dans son ventre », et, de plus, que souvent, dans les heures qui suivaient, elle urinait plus abondamment.

Quoi qu'il en soit, la crise terminée, le soulagement était complet. Une ceinture avec pelote, portée avec assiduité, parut même devoir en empêcher à jamais le retour.

Six ans, en effet, après le début des accidents, il se produisit une rémission qui dura trois ans. En même temps, des troubles nerveux divers, qui avaient été jusqu'alors en s'accentuant, disparurent. Mme X... se croyait définitivement guérie.

Le mal reparut soudainement, il y a dix-huit mois, sous forme d'une crise douloureuse, d'une extrême violence, qui dura quinze jours.

Depuis lors, le retour à la santé n'a jamais été complet. La tuméfaction du flanc droit ne disparaissait plus entièrement comme autrefois après cessation des phénomènes douloureux. Elle alla même en augmentant progressivement au point d'atteindre le volume que nous dirons plus loin.

De plus, des hématuries apparaissaient : la première, très légère, il y a environ deux ans ; la seconde, plus abondante, en septembre 1892 ; une troisième, au mois de novembre de la même année, plus forte que les précédentes et surtout de durée plus longue ; elle se prolongea jusqu'à la fin de décembre.

Depuis le mois de janvier 1893, il n'y a plus de sang dans les urines, mais la tumeur rénale s'accroît de plus en plus.

Appelé à examiner Mme X... au mois d'avril dernier par mon excellent collègue et ami, le Dr Cuffer, je constate ce qui suit :

Mme X... est manifestement amaigrie, mais n'a pas cependant l'aspect maladif ; elle a eu deux enfants, le dernier il y a dix-huit ans.

Les crises douloureuses dont elle a tant et si longtemps souffert sont aujourd'hui très rares et sont remplacées par un état de gêne et de tension habituels.

Ce sont surtout les signes physiques qui frappent l'attention. Le ventre est manifestement développé, surtout dans sa partie droite. La

région du flanc droit est occupée par une saillie visible qui soulève les téguments. Au palper, on la délimite facilement et l'on constate que, commençant au rebord costal, elle descend jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pli de l'aine. Elle déborde la ligne médiane à gauche sur une étendue de trois à quatre travers de doigt. Elle est facilement sentie à la région lombaire. Saisie d'avant en arrière, elle donne la sensation d'une tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus à terme. Elle est absolument mate ; cette matité se confond avec celle du foie. La fluctuation, malgré l'extrême tension du liquide contenu, est manifeste.

La tumeur suit mal les mouvements respiratoires. Elle est cependant très mobile de haut en bas et de droite à gauche.

Toutes ces explorations sont absolument indolentes.

Rien à noter du côté des urines, dont l'analyse a été récemment faite avec soin. La quantité excrétée est de 1,000 à 1,200 grammes en moyenne.

Le diagnostic d'hydronéphrose s'imposait. Il ressortait de plus, de l'étude de la marche de la maladie, que cette hydronéphrose, longtemps ouverte et intermittente, était devenue permanente et sans doute complètement fermée.

Il était probable, en outre, vu la durée déjà longue de l'affection et le volume de la tumeur, que, comme il arrive ordinairement en pareil cas, la substance rénale devait être profondément altérée et que l'organe pouvait être sacrifié sans scrupule, et j'ajoute sans danger, puisque l'intégrité absolue des urines permettait d'affirmer que le rein du côté opposé était sain et suffisait à lui seul à assurer la fonction.

L'ablation de la tumeur et au besoin du rein, qui devait se confondre avec elle, nous parut donc, au Dr Cuffer et à moi, le seul parti à prendre.

L'opération, proposée à la malade, fut acceptée par elle et pratiquée le 8 mai dernier.

Je n'hésitai pas, en raison de la saillie que la tumeur faisait du côté du ventre, à suivre pour l'atteindre la voie transpéritonéale.

L'incision fut faite sur la partie la plus saillante de la tuméfaction, à droite de la ligne médiane, le long du bord externe du muscle droit. Le péritoine pariétal est reconnu, incisé et immédiatement repéré avec des pinces. On aperçoit alors au fond de la plaie la tumeur recouverte du feuillet péritonéal profond parcouru par de gros vaisseaux veineux. Ce feuillet est incisé à son tour dans toute la hauteur de la partie visible de la tumeur. Les bords de cette seconde incision sont de même saisis avec des pinces à pression.

Décollant alors avec le doigt ce feuillet profond, je mets à nu sur une petite étendue la face externe de la poche kystique. J'enfonce en ce point un trocart et retire par aspiration un litre et demi d'un liquide absolument transparent, ayant l'apparence d'une urine très claire[1].

[1] L'analyse de ce liquide a donné les résultats suivants : densité, 1004; réaction neutre, sans odeur; ne fournit par le repos, aucun dépôt apparent;

Le liquide évacué, l'orifice de ponction est obturé à l'aide d'une pince à kyste ; puis je me mets en devoir d'ouvrir la poche dans la plaie en achevant le décollement de la face externe.

En procédant à cette manœuvre, le cæcum et le côlon ascendant sont attirés dans la partie inférieure de la plaie. Ils sont immédiatement refoulés et maintenus avec une éponge.

Poursuivant le décollement commencé, je recherche et découvre l'uretère, qui est aussitôt saisi avec un clamp et sectionné. Un peu plus loin les vaisseaux du rein apparaissent; ils sont de même saisis avec les tissus qui les entourent à l'aide d'une forte pince.

La libération de la poche peut alors être achevée, et au bout d'un instant elle est tout entière amenée dans la plaie et extraite. Les parois sont en ce point singulièrement épaissies : il est facile de reconnaître que cette partie dense et comme charnue n'est autre que la substance rénale, atrophiée, étalée, se confondant avec les parois du kyste et contribuant à les former.

Ligature à la soie des deux pédicules, uretère et vaisseaux. L'uretère est singulièrement petit; son diamètre ne dépasse pas celui d'une artère radiale. Sa surface de section est touchée au thermocautère.

J'ai alors sous les yeux une cavité centrale dans laquelle la tumeur était logée, dont les bords sont maintenus par une couronne de pinces. Sur un plan plus externe, une seconde couronne de pinces appliquées sur le péritoine pariétal. Un surjet continu au catgut rapproche les bords des deux feuillets saisis par cette double couronne de pinces, isolant ainsi complètement la cavité centrale de la grande cavité péritonéale, désormais complètement fermée.

Il ne restait plus qu'à fermer la plaie cutanée, après avoir drainé la cavité centrale. Mais remarquant à ce moment que celle-ci se comblait pour ainsi dire d'elle-même, sous la pression des anses intestinales voisines ; considérant, d'autre part, que le liquide contenu dans le kyste s'était montré absolument clair et qu'il devait être, vu l'absence constatée de fièvre, très probablement aseptique ; que d'ailleurs aucune goutte ne s'en était écoulée dans la plaie ; que l'uretère avait été solidement lié et sa surface de section modifiée par la cautérisation ; que d'ailleurs il est remarquablement petit et sans doute depuis longtemps sans usage, je me crus autorisé à rapprocher complètement par une suture profonde les parties divisées, sans drainage, comme dans une laparotomie ordinaire. L'infection partie de l'uretère, si elle devait se produire, ne pouvait d'ailleurs être que tardive, alors que la fermeture de la cavité péritonéale serait depuis longtemps assurée.

Je réunis donc par un double surjet au catgut perdu le bord des aponévroses et des muscles divisés et au-devant les deux lèvres de la plaie cutanée avec des crins de Florence, le tout sans drainage. Pansement à la gaze iodoformée, ouate et bandage de corps.

pas trace d'albumine, ni de sucre. Il contient des éléments azotés dans la proportion de 3gr,33 par litre, parmi lesquels l'urine figure pour 2gr,2. L'examen microscopique n'y décèle que quelques globules sanguins en très petite quantité. L'examen bactériologique n'a malheureusement pu être fait.

Les suites de cette opération furent d'une extrême simplicité. Les deux premiers jours furent troublés par des nausées et des vomissements chloroformiques; mais ce fut tout. Il n'y eut pas de fièvre ; la température atteignit, le soir du troisième jour, 37°,8 et se maintint habituellement, pendant les huit premiers jours, entre 37°,2 et 37°,6. Le premier pansement fut fait le sixième jour ; la ligne de réunion était absolument sèche ; les fils ont été enlevés hier, le huitième jour, et remplacés par un pansement à l'ouate et collodion. Les mictions n'ont pas cessé d'être régulières en quantité et qualité [1].

La malade peut donc être considérée comme guérie, avec cette réserve que l'on a vu, dans certains cas, des suppurations tardives se produire, dont le point de départ a paru être l'uretère abandonné dans la plaie.

Je crois que c'est là un exemple sinon unique, du moins assez rare, de réunion totale par première intention à la suite de néphrectomie transpéritonéale. Mon excellent maitre M. Guyon, que j'interrogeais à ce sujet, me disait qu'il n'en connaissait pas d'exemple. Je serais heureux de savoir quel est sur ce point le résultat de l'expérience clinique de mes collègues.

Discussion.

M. Tuffier. Le mécanisme de l'hydronéphrose n'est point encore fixé. J'ai pu voir une fois sur une pièce expérimentale la coudure de l'uretère. Dans un autre cas, j'ai observé cette coudure sur le vivant. En appuyant sur la poche de l'hydronéphrose, on voyait l'uretère se distendre au-dessus de la coudure ; en exerçant une pression plus considérable, l'obstacle se laissait forcer, et l'uretère évacuait son contenu. Une seconde fois, j'ai observé la coudure de l'uretère dans un cas d'hydronéphrose intermittente.

Quant au traitement, il doit être essentiellement différent, suivant qu'on a affaire à une hydronéphrose simple ou à une pyonéphrose. Dans le cas d'hydronéphrose simple, la ponction a pu procurer des succès. C'est ainsi qu'une malade ponctionnée par

[1] Voici les quantités exactes d'urine, recueillies en vingt-quatre heures pendant les neuf premiers jours.

Du 8 au 9 mai	930gr
9 au 10 mai	1000
10 au 11 mai	900
11 au 12 mai	650
12 au 13 mai	710
13 au 14 mai	775
14 au 15 mai	760
15 au 16 mai	890
16 au 17 mai	1000

M. Tillaux est restée guérie pendant douze ans ; plus tard, elle est entrée pour une pyonéphrose dans le service de M. Th. Anger, où je l'ai opérée. Dans un second cas de M. Tillaux, il s'agissait d'une malade enceinte ; la ponction a fait disparaître la tumeur, et six mois après, la malade a accouché normalement. Quand l'hydronéphrose coexiste avec un rein mobile et que l'organe fonctionne encore, mieux vaut fixer le rein que l'enlever. La voie transpéritonéale est certainement bonne ; toutefois, dans un cas, il m'a été impossible d'enlever le rein par cette voie, à cause de la présence d'adhérences énormes empêchant la décortication.

M. Lucas-Championnière. Je pense qu'il est des cas dans lesquels l'hydronéphrose intermittente ne peut être mise sur le compte de la mobilité du rein. Parfois l'intermittence affecte une forme tout à fait singulière ; ainsi, dans un cas, la périodicité était hebdomadaire. L'obstacle à l'écoulement des urines n'est pas toujours le même ; dans un fait, je n'ai pas constaté la coudure de l'uretère ; une autre fois, l'oblitération était produite par des calculs.

Quant au traitement, je ne pense pas qu'on puisse conseiller une manière de faire générale. Pour moi, je suis partisan de la néphrectomie par la voie lombaire ; mais, dans un cas d'hydronéphrose très volumineuse, je suis intervenu par la voie transpéritonéale, et dans ce cas, j'ai fait la réunion sans drainage, comme vient de l'indiquer M. Monod ; dans ce cas, je n'ai même pas fait la suture du feuillet pariétal profond du péritoine.

M. Monod. Je suis bien aise d'avoir provoqué les communications de mes collègues L. Championnière, Bouilly, Tuffier et Segond sur le point spécial sur lequel j'avais attiré leur attention, à savoir la réunion primitive sans drainage à la suite de la néphrectomie. Les faits qu'ils nous ont cités sont pour moi un encouragement, car aujourd'hui encore, malgré le bon état apparent de mon opérée, je me demandais si quelque surprise ne pouvait encore m'être réservée.

Je persiste au reste à croire que les faits de ce genre ne sont pas communs. Je rappelle que M. Terrier, dont j'ai suivi de point en point la pratique au point de vue du manuel opératoire, insiste au contraire, dans l'article qu'il a publié à ce sujet[1], sur la nécessité, non seulement du drainage soigneux, mais du drainage prolongé.

Deux mots encore sur un détail anatomique de la pièce que je vous ai présentée à la dernière séance. La poche hydronéphrotique offrait l'apparence ordinaire en pareil cas ; elle se continuait direc-

[1] *Revue de chirurgie*, 1887, p. 342.

tement avec le rein, au moins avec ce qui restait de substance rénale, atrophiée et étalée sur les parois de la cavité. Le point intéressant est que l'uretère qui naissait de la partie inférieure de la poche suivait d'abord un trajet oblique rétrograde de bas en haut, pour se recourber ensuite et reprendre sa direction normale, formant ainsi un véritable coude maintenu par des adhérences assez lâches.

M. Baudouin, à qui j'avais confié la pièce et qui m'a fait bien voir cette disposition, me faisait remarquer combien facilement elle pouvait échapper aux observateurs. Si l'on se hâte trop, en effet, de disséquer l'uretère et de le dégager des tissus qui l'entourent, on redresse facilement sa courbure, qui passe alors nécessairement inaperçue.

J'ajoute que, dans mon cas, l'uretère qui, au point où je l'avais lié offrait un diamètre très réduit, était au contraire dans sa portion coudée considérablement élargi et s'ouvrait dans la poche kystique par une large embouchure. A ce niveau se voyait un piqueté hémorragique, probablement en rapport avec les hématuries survenues dans les quelques mois qui avaient précédé l'opération.

M. Bouilly. Dans un fait récent, par suite d'une erreur de diagnostic, j'ai attaqué par la voie péritonéale un rein suppuré d'un très gros volume. J'ai suivi la méthode qui vient d'être indiquée par M. Monod ; j'ai pu isoler la tumeur, la ponctionner, l'exciser, puis réunir le feuillet péritonéal sans interposition d'un drain, absolument comme s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. En effet, les organes voisins, en reprenant leur place, viennent effacer la cavité où était contenu le rein, et à moins d'une cavité péri-rénale infectée, le drainage est inutile.

M. Bazy. Il existe certains cas d'hydronéphroses intermittentes qui sont manifestement liées à l'existence d'un rein mobile. Ainsi, j'ai observé une femme chez laquelle l'hydronéphrose apparaissait seulement avec le déplacement du rein. On pouvait sentir par la palpation une masse répondant au rein, et, à côté de lui, une autre tumeur constituée par le bassinet énormément distendu. La malade avait trouvé elle-même le procédé pour faire disparaître son hydronéphrose ; elle se mettait dans la position génu-pectorale ; le rein reprenait sa place, et l'hydronéphrose disparaissait, en même temps que se produisait une abondante évacuation d'urine.

M. Reynier. Je m'associe aux remarques de M. Lucas-Championnière ; je pense que l'hydronéphrose intermittente reconnaît des causes multiples. Dans certains cas où la coudure de l'uretère a été observée, je me demande s'il ne s'agit pas là d'un phénomène secondaire, consécutif à la distension de la poche. Dans

deux cas, je suis intervenu et j'ai trouvé un orifice minime faisant communiquer la poche avec l'uretère. Peut-être dans les cas où l'on a vu la coudure de l'uretère, existait-il un semblable rétrécissement.

M. Tuffier. Ce fait que l'hydronéphrose et le rein mobile se rencontrent tous deux du côté droit le plus souvent montre qu'il y a une relation entre les deux phénomènes. Quant à la valeur de la coudure de l'uretère, il est assez difficile de l'apprécier. J'ai vu, dans certains cas de coudures produites expérimentalement chez les animaux, l'écoulement de l'urine continuer à se faire très facilement. M. Marchant a parlé de tuberculose du rein dans les cas d'hydronéphrose qu'il a observés; on trouve souvent dans ces cas l'oblitération de l'uretère par urétérite tuberculeuse.

Pour ce qui a trait au drainage à la suite de la néphrectomie, dans les cas aseptiques, je ne fais pas de drainage.

M. Reclus. Dans cinq opérations par la voie transpéritonéale, j'ai toujours eu recours au drainage; deux fois, il est vrai, j'aurais pu m'en passer, mais, dans deux autres cas, le drainage était absolument nécessaire, car il s'agissait de poches très épaisses, restant béantes après l'ablation du rein, et dont l'oblitération a demandé un temps très long.

M. Segond. Dans un cas d'hydronéphrose intermittente, il était impossible d'invoquer le déplacement du rein pour expliquer les accidents. Comme dans le fait dont a parlé M. Lucas-Championnière, la tumeur se reproduisait avec une périodicité rigoureuse. La distension de la poche donnait lieu à des accidents horriblement douloureux qui disparaissaient au bout de deux ou trois jours, au moment où se produisait l'évacuation d'urine. Dans ce cas, j'ai opéré par la voie lombaire ; j'ai constaté que le rein n'était nullement mobile, et j'ai pratiqué la néphrectomie. L'opération date aujourd'hui de trois ans, et la malade reste bien portante. Dans un autre cas, où j'ai enlevé le rein par la voie transpéritonéale, j'ai abandonné l'uretère dans le fond de la plaie sans drainage et sans faire la suture du péritoine ; la malade a guéri très simplement.

Communication.

Procédé de tarsectomie postérieure,

Par M. G. Félizet.

Les affections tuberculeuses du pied présentent chez l'adulte, chez l'adolescent et chez l'enfant des différences fondamentales au

point de vue de la cause, de la nature, de la localisation, primitive ou secondaire, sur le tissu osseux, les articulations et les gaines, au point de vue surtout de la solidarité dans la dégradation de certains groupes osseux.

Il existe, suivant l'âge du malade, deux modalités anatomo-pathologiques et cliniques que la dénomination classique d'*affection tuberculeuse* confond et sur la distinction absolue desquelles je me propose d'insister ultérieurement.

Je voudrais ne m'occuper aujourd'hui que de la tuberculose du pied des enfants, et en particulier de la tuberculose du tarse, en vous soumettant une opération nouvelle et simple, qui m'a facilité singulièrement le traitement des lésions du calcanéum, de l'astragale, du cuboïde, du scaphoïde, des cunéiformes, qui sont les plus fréquentes et les plus graves des maladies scrofuleuses du pied.

Si, dans l'enfance, la tuberculose du pied, précédée comme elle l'est le plus souvent chez l'adulte, par une arthrite spéciale, se traduisait par la nécrose d'un seul ou de deux os, il serait facile de fixer les règles de l'opération typique destinée à les enlever.

Il n'en est pas ainsi : l'ossification n'est pas achevée, la nécrose est rare : Ce n'est pas un os qui se mortifie, c'est une région qui se tuberculise. La maladie a un caractère diffus et envahissant et son invasion torpide portant primitivement sur le tissu osseux nouveau et ne gagnant que secondairement les jointures, ne se révèle tout d'abord par aucun des symptômes fonctionnels saillants qui appartiennent à l'inflammation propre des articulations.

L'indication est d'enlever les parties malades, toutes les parties malades, radicalement, sans réserve ni merci. Et comme ce n'est que chemin faisant, la rugine, la gouge et la curette à la main que le chirurgien met à jour les lesions dont l'examen clinique lui avait fait admettre l'existence, sans en déterminer l'étendue, il est indigné de créer une voie large et franche, par laquelle on puisse voir avec netteté et manœuvrer librement.

Il ne s'agit pas ici de faire l'ablation de tel ou tel os nécrosé, il s'agit de pratiquer le déblayage et l'assainissement du tarse, dans des conditions telles qu'aucun tissu morbide ne reste en place et que la régénération des parties enlevées puisse avoir lieu dans la mesure du possible.

Les petites incisions multiples ne sont bonnes que lorsqu'il s'agit de lésions osseuses limitées et tout à fait au début. Plus tard (je parle toujours de l'enfance), elles ne suffisent plus, ni pour bien voir, ni pour bien traiter.

L'opération proposée par M. Reverdin, de Genève, pour la tarsectomie postérieure a le grave inconvénient de sectionner les tendons péroniers qui, alors même que leur suture réussirait au

milieu d'un foyer de tuberculose, ne seront certainement plus en état de remplir le rôle qui leur est dévolu dans l'attitude et dans la solidité du pied, ainsi que l'atteste l'aveu que le chirurgien suisse fait que le pied de ses opérés est en position de varus.

L'opération que je vous présente et que j'ai eu, depuis quatre ans, l'occasion de pratiquer huit fois a l'avantage de n'entraîner le sacrifice d'aucun organe important, elle ouvre une voie non seulement large, mais encore directe et permet de pousser aussi loin que possible la recherche et l'ablation des parties malades sans que l'opérateur perde un seul instant de vue la pointe de son foret ou le tranchant de sa rugine.

En voici la description sommaire avec ses temps principaux :

1er *temps.* — Incision médiane partant de l'union du tiers moyen et du tiers postérieur de la plante du pied, coupant à fond le talon et se terminant sur le tendon du triceps sural à une hauteur telle que le sommet du talon représente le milieu de cette incision postérieure, de la même façon que la pointe de l'olécrâne représente le milieu de l'incision de Park dans la résection du coude.

A la plante du pied, le couteau a franchement coupé jusqu'à la face inférieure du calcanéum ; à la jambe, il s'est arrêté au tendon d'Achille, que l'écartement de l'incision cutanée permet de voir et de diviser après coup en deux parties bien égales dans le sens de sa longueur.

2e *temps.* — Rugination méthodique du calcanéum à droite et à gauche en partant de l'incision de la face inférieure de l'os ; décollement, avec le détache-tendon, des deux moitiés de l'insertion du tendon d'Achille divisé dans sa longeur. La dénudation rejoint la face supérieure de la grande apophyse du calcanéum qui fait alors saillie en arrière.

3e *temps.* — Les lèvres de la plaie étant largement écartées, le doigt reconnaît, au-dessus de l'interligne astragalo-calcanéen, la position du tendon du fléchisseur propre du gros orteil; il est dans une gouttière ostéo-fibreuse dont un coup de gouge fait sauter le bord interne.

Le doigt le suit plus bas et reconnaît la gaine ostéo-fibreuse que le calcanéum lui fournit. Cette gaine est attaquée par la rugine, et le tendon, désormais libre, est soigneusement récliné en dedans, couvrant le paquet des vaisseaux et du nerf tibial postérieur.

4e *temps.* — Décollement avec la rugine ou le détache-tendon des ligaments latéraux interne et externe de l'articulation tibio-tarsienne en rasant le tarse.

Décollement du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur et des-

truction du tronc du fort ligament en *y*. Ce dernier temps est parfois difficile et exige, sur le cadavre des adultes, le développement d'une force considérable.

5e *temps*. — Après avoir revisé la dénudation et s'être assuré que le décollement périphérique est parfait, le chirurgien saisit avec un davier de Farabeuf la grande apophyse et exécutant résolument une certaine torsion amène, sans grand effort, en une seule pièce, le calcanéum encore uni à l'astragale.

Il a sous les yeux alors une loge large et nette, dont le fond est formé par les deux faces postérieures du cuboïde et du scaphoïde, dont la paroi interne sillonnée par le tendon du fléchisseur propre du pouce, ne laisse rien voir du paquet vasculo-nerveux si la dénudation a été patiemment faite, et dont le sommet montre accessible à l'œil et au doigt, la mortaise tibio-tarsienne.

C'est ainsi que les choses se passent sur le cadavre. Telle est l'opération décrite dans ses détails avec son maximum de difficultés.

C'est à l'amphithéâtre qu'il convient de la répéter. Elle paraîtra facile à pratiquer chez l'adulte avec la forme *séquestrale* et avec les jointures dénudées et pleines de pus.

Elle est d'une exécution autrement aisée chez l'enfant atteint de tuberculose du tarse : c'est là qu'elle se montre avec toutes ses facilités et toutes les ressources qu'elle procure dans la poursuite *à fond* des lésions osseuses.

Avec toutes ses facilités, car il n'y a pas à dénuder méthodiquement un os pour l'obtenir dans son intégralité.

Le morcellement facilite singulièrement la besogne et cette grande entaille médiane qui dessine et limite la zone de l'attaque n'expose à la blessure d'aucun organe important; le tendon du fléchisseur propre du gros orteil est la seule pièce dont il y ait lieu de s'inquiéter.

En fait, le morcellement n'est pas une tolérance, c'est une nécessité : car le plus souvent le tissu osseux du tarse est transformé en un véritable *magma* renfermé dans une coque sans consistance.

C'est en effet une des particularités de cette tuberculose tarsienne de l'enfance que l'exceptionnelle rareté de la nécrose totale et des gros séquestres.

Le couteau, dès le premier coup de l'incision, entre souvent, à plein tranchant, dans le calcanéum et c'est avec la curette que l'évidement se pratique, la rugine ne servant qu'à détacher, après coup, des portions de coque osseuse adhérentes au périoste.

Il est bon, d'ailleurs, de s'assurer de l'état des choses avant de prendre le couteau, en explorant, avec une épingle d'acier, les os qu'on se propose d'attaquer.

Au cours de l'opération ces petits sondages sont d'autant plus utiles que les lésions osseuses les plus avancées coexistent avec un cartilage articulaire encore indemne. Après l'ablation du calcanéum, l'exploration avec l'épingle nous renseigne sur l'état de l'astragale.

Or, après la quatrième année, nous avons toujours trouvé cet os désorganisé. La gouge de Legouest fait, d'avant en arrière, une tranchée qui le divise en deux segments, que la curette évide et enlève avec une extrême facilité. La brèche agrandie de tout ce déblayage, il est aisé de sonder et d'attaquer le cuboïde et le scaphoïde. Pour le cuboïde, la seule précaution à prendre intéresse la face inférieure de l'os, à l'effet de ne pas couper le tendon du long péronier : pour le scaphoïde, rien à craindre, la curette l'évide, le dépasse et l'énuclée sans la moindre peine.

Je rappelle votre attention sur ce fait que dans cette large incision postérieure l'ablation de quatre os de ce volume et de cette importance n'a rencontré aucun vaisseau important, n'a menacé aucun nerf, n'a exigé aucun détour dans la manœuvre, qui s'est poursuivie à fond, en ligne droite, au grand jour.

C'est au grand jour aussi qu'il est possible d'explorer la mortaise tibio-tarsienne.

La malléole externe est quelquefois malade : il faut y poursuivre le mal.

La grande cavité opératoire s'agrandit de toute l'étendue de l'évidement qu'on est dans la nécessité de pratiquer.

C'est surtout le tibia qui participe à la déchéance scrofuleuse, sans que la jointure soit sensiblement malade. Le cartilage articulaire est lisse et, à part un aspect mat, normal en apparence.

Un coup de ponction avec l'épingle d'acier nous montre que le tissu aréolaire est friable et que l'épiphyse prend sa part dans la désorganisation organique du tarse.

Sur 8 opérations de tarsectomie postérieure, j'ai été amené 2 fois à évider l'astragale et 3 fois à pousser l'évidement plus loin, entrant dans le canal du tibia plein d'une moelle vineuse et trépanant le canal médullaire au quart inférieur de la jambe.

Or, il n'y a pas un procédé de tarsectomie postérieure qui puisse permettre de faire une telle chose, avec la netteté et l'achèvement qui sont les conditions de la sûreté et du succès dans le traitement des tuberculoses osseuses de l'enfance.

C'est grâce à cette voie large, portant un jour direct sur tous les points attaqués, que j'ai pu pratiquer le flambage avec des résultats qui semblent avoir dépassé les espérances que m'avait fait concevoir l'emploi des températures élevées (1,500 et 1,600° centigrades), dont je vous ai entretenu. La loge soigneusement

tamponnée avec la gaze iodoformée et au besoin drainée, on suture au crin de Florence les trois quarts de l'incision, dont on a, bien entendu, mis les lèvres à l'abri de la flamme intense du chalumeau et qui se réunit par première intention.

Si, plus tard, la repullulation des lésions tuberculeuses se produisait et nécessitait une intervention nouvelle, cette intervention serait facilitée par la rectilignité de la plaie ou de la fissure ; le curettage et, au besoin, une nouvelle application du flambage se ferait dans une zone bien limitée et permettrait de poursuivre le mal jusqu'au jour de la guérison définitive.

La seule objection qu'on puisse faire au procédé que nous venons de décrire consiste dans le fait d'une cicatrice médiane plantaire.

Je reconnais que c'est là le point faible ; mais je sais que l'objection des cicatrices n'a plus aujourd'hui la même valeur qu'il y a vingt-cinq ans, grâce à la réunion première que nous obtenons, on peut dire, toujours, réunion première dont la ligne n'a ni le saillant, ni la friabilité, ni les intolérances des cicatrices, qui succédaient aux suppurations prolongées de l'ancienne chirurgie.

Au surplus, dans le traitement des tuberculoses du pied, l'indication première est de supprimer le mal : les facilités de la marche ne viennent qu'en seconde ligne.

Or, une voie large, ouverte dans une zone où n'existe aucun organe important, l'absence de toute hémorragie, la possibilité de reconnaître et d'enlever instantanément les parties malades, avec une facilité qui croît à mesure que l'opération se poursuit ; la possibilité surtout de pratiquer directement le flambage sur tous les points de cette grande loge régulière et sans recoins, jusque même dans le canal médullaire du tibia, tous ces avantages ne compensent-ils pas amplement l'inconvénient qui résulterait d'une cicatrice plantaire, inconvénient dont la gravité est de nos jours à démontrer, pour la grande majorité des cas ?

Présentation de malade.

M. Delorme présente un malade atteint de luxation récidivante incomplète du genou droit en avant et en dehors.

Présentation de pièces.

M. Monod présente des corps étrangers multiples de l'articulation du genou extraits par l'arthrotomie chez une jeune fille de vingt-huit ans. Guérison par première intention ; sans drainage.

M. Felizet présente une pièce relative à la cure opératoire d'une hernie inguinale chez un enfant de huit mois ; quatorze mois après, la mort est survenue par broncho-pneumonie ; on voit sur la pièce la persistance de l'oblitération du trajet inguinal par les fils d'or employés par le chirurgien.

La séance est levée à 5 heures 5 minutes.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 24 mai 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de MM. Brun et Pozzi, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° *Annales de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille* (Années 1891, 1892) ;

4° *Sur le drainage des uretères, première et deuxième communications*, par Ch. Willems (de Gand), 2 brochures ;

5° Observations de : (*a*) *Suture du nerf radial, guérison complète ;* (*b*) *Panophtalmie de cause métastatique, hypopion ;* (*c*) *Quatorze cas de chirurgie abdominale*, par M. Millot-Carpentier (M. Richelot, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

1° *Hydronéphrose intermittente.*

M. Routier. J'ai observé il y a quelque temps une jeune femme, dont l'histoire mérite, je crois, d'être rapprochée des observations dont on vient de parler ici :

En 1884, cette jeune femme accoucha fort difficilement, et peu de temps après, ressentit quelques symptômes de cystite; mais ces accidents s'apaisèrent, pour reparaître par moments, jusqu'en 1888.

En 1889, la cystite devenue plus violente, fut traitée par des instillations d'argent, qui furent très douloureuses, et exaspérèrent la maladie. Entre temps, on avait constaté la tuméfaction du rein droit et on pensa à une pyélo-néphrite. En février 1891, les douleurs de cystite étaient telles, qu'on crut devoir faire une fistule vésico-vaginale : la malade ne fut soulagée que deux mois après. — Mais en août, nouveau phénomène, arrêts d'urine qui se renouvellent à propos de chaque garde-robe.

Le rein droit était seul douloureux, et quand l'urine coulait, elle était claire.

Mais, peu à peu, cette urine devient trouble et muco-purulente ; les arrêts d'urine, faciles à constater du fait de la fistule vésico-vaginale, deviennent de plus en plus fréquents, et durent jusqu'à six et huit heures, avec phénomènes cérébraux. C'est alors, en décembre 1891, que je vois la malade pour la première fois.

Le rein droit était gros, sensible à la pression, de même pour le rein gauche; quand on exerçait des pressions, l'urine coulait à flots.

Le cas était des plus complexes : Mon excellent collègue et ami Peyrot vit la malade avec moi et nous n'osâmes pas nous décider pour une intervention, qui, rationnellement, aurait dû porter sur les deux reins.

En mars et avril 1892, de nouveaux phénomènes se produisirent, la fièvre s'alluma, et il y eut en mai une forte débâcle de pus par la fistule vésico-vaginale. — Ce pus, les sécrétions furent examinées et inoculées, par M. le professeur Bouchard et Charrin, tout fut négatif, ce n'était pas tuberculeux.

En juin 1892, je fus rappelé, le rein droit était presque normal, un peu trop gros; le rein gauche était volumineux et douloureux, la fièvre persistait, l'amaigrissement était extrême, et un dénouement fatal semblait imminent. Les arrêts d'urine étaient plus nombreux et plus longs.

C'est dans ces mauvaises conditions que j'entrepris, le 24 juin 1892, la néphrotomie à gauche. J'ouvris dans ce rein quatre volumineux abcès et plusieurs plus petits, et pus évacuer un litre et demi environ de pus épais, verdâtre.

Après quelques jours un peu difficiles, l'urine coulait claire par la fistule vésico-vaginale; et la plaie lombaire ne donnait que du pus.

L'état général se releva bientôt avec la chute de la fièvre et bientôt la malade reprenait sa vie ordinaire.

Les arrêts d'urine d'abord disparus, reparurent, mais moins longs et moins douloureux, toujours coïncidant avec la garde-robe ou le besoin d'aller à la selle.

En janvier 1893, l'état général était parfait, l'urine claire; les arrêts d'urine moins fréquents.

Restaient : la fistule vésico-vaginale, et la plaie de la néphrotomie qui laissait couler du pus, mais pas une goutte d'urine.

Quand on comprimait les deux reins, on faisait toujours couler l'urine plus abondamment.

Je crus pouvoir proposer la fermeture de la fistule vésico-vaginale, ce qui fut accepté et pratiqué en février; la guérison fut obtenue par une seule opération, sans encombre.

Aujourd'hui, en mai 1893, l'état général est excellent, les arrêts d'urine sont moins fréquents.

A la fin de chaque miction, la malade ressent une douleur comme un éclair qui passe aussitôt, mais qui, dit-elle, lui provoque de temps en temps l'arrêt d'urine, et quand on la comprime on fait couler l'urine, de même quand on comprime le rein gauche. L'urine est claire.

Le rein droit, siège actuel de cette hydronéphrose intermittente, n'est pas mobilo, j'ai essayé la compression sous toutes ses formes, le massage pour empêcher les arrêts, rien n'y fait, et je n'ai pas pu découvrir le mécanisme de cet accident. L'indication de la néphropexie n'existe pas, la thérapeutique me paraît bien désarmée.

M. Picqué. Dans la dernière séance, notre collègue M. Monod, vous a rapporté un beau cas d'hydronéphrose volumineuse, traité avec succès, par la néphrectomie transpéritonéale sans drainage.

Permettez-moi de vous rappeler qu'en février 1891, j'ai lu devant vous la relation d'un fait analogue, qui a été publié dans le numéro de février 1893 des *Annales des Maladies génito-urinaires.*

A la suite de ce cas, absolument superposable à celui de notre collègue, j'ai insisté sur ce fait, qu'il me paraissait inutile de fixer l'uretère dans la plaie abdominale, même lorsqu'il était infecté et qu'il convenait de le traiter comme le pédicule pré-utérin après l'ablation des annexes. Au point de vue du drainage, j'ai soumis à la critique l'opinion des auteurs, et admis d'une façon générale, la suture complète de la poche et son abandon dans la cavité abdominale.

M. Monod. Pour compléter la communication que je vous ai faite dans la dernière séance, je dois dire qu'au moment même où je parlais devant vous, ma malade présentait pour la première fois une élévation de température ; deux jours après, il existait un léger soulèvement de la cicatrice, et au-dessous de ce point du

pus en notable abondance. Il suffit de mettre en place un tube à drainage pour faire rentrer les choses dans l'état. Ce fait montre combien il faut être circonspect dans la suppression du drainage. Je persiste à croire que, dans des cas comme celui dont nous a entretenus M. Bouilly, où il s'agit d'une hydronéphrose suppurée, il serait dangereux de ne pas mettre de drain.

M. Terrier. On ne saurait évidemment poser de règle générale; si l'on a affaire à une lésion aseptique, on peut se passer de drainage; dans le cas d'une lésion septique, au contraire, le drainage s'impose comme une nécessité. Je n'ai pas bien saisi en quoi consiste le traitement du pédicule de l'uretère auquel vient de faire allusion M. Picqué.

M. Picqué. J'ai fait allusion à un cas de néphrectomie lombaire, dans laquelle je me suis contenté de pratiquer la cautérisation du pédicule sans drainage.

M. Terrier. Ce qu'il faudrait pour poser les véritables indications du drainage, ce serait de déterminer la nature de la pyonéphrose à laquelle on a affaire; s'il s'agit d'une pyonéphrose tuberculeuse, il peut ne pas se faire d'inoculation de la plaie, dans d'autres conditions, il peut y avoir une inoculation microbienne dangereuse. C'est ainsi que, dans une opération récente que je viens de pratiquer pour une salpingite à streptocoques, l'examen du liquide sortant par le drain a démontré la présence de nombreux streptocoques. Dans ce cas particulier, la suppression du drainage aurait donc présenté un grand danger.

M. Tuffier. Les idées que vient d'exprimer M. Terrier à propos de la nature septique ou aseptique des pyonéphroses sont celles que j'ai défendues moi-même dans le *Traité de chirurgie*. D'autre part, je ne crois pas qu'on puisse faire une assimilation complète entre la pyonéphrose et la salpingite; dans le cas de pyonéphrose, en effet, l'uretère représente un long conduit infecté sur toute son étendue, et qui peut devenir l'origine d'infections secondaires.

M. Reynier. En liant l'uretère et cautérisant au-dessus du fil, il peut se produire, en effet, une infection secondaire; quelquefois, on voit, au bout de huit à dix jours, de l'empâtement des tissus et la suppuration. Le même fait s'observe dans les opérations pour salpingite où l'infection se produit quelquefois encore beaucoup plus tardivement.

2° A propos de la tarsectomie.

M. Berger. D'une manière générale, je suis d'accord avec M. Félizet à propos de la communication qu'il vous a faite sur la tarsec-

tomie postérieure. Il est cependant deux points sur lesquels je me sépare de lui : 1° je crois que la tarsectomie postérieure appartient à la classe des résections atypiques dans lesquelles il est impossible de suivre exactement un plan tracé d'avance. En effet, on ne connaît pas d'une manière précise l'état des os et des articulations ; 2° d'autre part, je suis plus tenté d'avoir recours aux incisions externes qu'à l'incision postérieure conseillée par M. Félizet. Les incisions externes conduisent directement sur le calcanéum et sur l'astragale, et permettent de faire, soit l'évidement du premier de ces os, soit l'ablation du second. Le seul danger auquel elles exposent, c'est la section des tendons péroniers latéraux ; encore cette section n'a-t-elle pas d'importance, car, dans ces cas, l'action de ces muscles se trouve annihilée. L'incision médiane postérieure, en outre, ne donne pas un accès facile vers les articulations tibio-tarsienne et médio-tarsienne. Il est parfois utile, à la suite de ces opérations, de laisser en place un drain, de là, de la suppuration, et une cicatrice dure, irrégulière, qui peut être gênante. Pour toutes ces raisons, je donne la préférence aux incisions externes.

M. Felizet. M. Berger est entièrement dans le vrai en proscrivant les résections typiques dans le traitement des affections tuberculeuses du pied. C'est au cours de l'opération et, pour ainsi dire, chemin faisant qu'on découvre les parties malades du squelette et qu'on agit suivant les circonstances.

Or, c'est précisément à agir suivant les circonstances que m'a servi l'incision médiane postérieure que je vous ai proposée. M. Berger serait étonné de voir avec quelle facilité le sang émerge et se présente par cette ouverture, et combien il est facile, sans aller profondément, de sonder, de gratter et d'enlever les parties malades du squelette. Sans doute l'incision externe fournit une large baie, mais elle ne permet pas de traiter les altérations du tibia directement et sans détour.

J'ai demandé la parole à l'occasion du procès-verbal pour une raison qui me tient au cœur.

A la fin de la dernière séance, un de nos collègues de l'armée, M. Robert, professeur à l'école du Val-de-Grâce, m'avait affirmé que mon procédé de tarsectomie était décrit tout au long dans le troisième volume du Traité de M. Ollier, et illustré avec un dessin reproduisant exactement mon opération.

Je fais de mon mieux pour ne présenter que des choses dignes de votre attention, et je fus ému à l'idee qu'on pût m'accuser d'avoir plagié l'éminent chirurgien de Lyon. Je fis, le soir même, la recherche et c'est à cette occasion que j'ai demandé la parole.

La page 692 du troisième volume du *Traité des Résections* de M. Ollier porte effectivement une image qui, à première vue, représente l'incision cutanée de l'opération que je vous ai exposée.

Mais nous avons mieux qu'une image, nous avons un texte précis et clair et je suis à même de vous démontrer que l'opération décrite par M. Ollier est différente de la mienne.

Je vous ai parlé d'une opération qui divisait dans sa longueur le tendon d'Achille en deux parties égales, de façon à faire concourir plus tard ces parties au jeu des mouvements du pied reconstitué.

« A la jambe, dit M. Ollier (p. 691) l'incision longe le bord externe du tendon d'Achille, et sur la face plantaire, elle se continue en s'inclinant en dehors, vers l'apophyse du cinquième métatarsien. »

Mais M. Ollier tient si peu à ce tendon, qu'il conseille (p. 692), l'excès des parties molles faisant un bourrelet saillant, épais et très disgracieux, quand on rapproche l'avant-pied du tibia, « *d'en retrancher ce qu'on veut,* en conservant le paquet vasculo-nerveux. »

La conservation du paquet vasculo-nerveux est, en effet, l'objectif unique pour M. Ollier, qui ne cite l'incision médiane postérieure qu'à l'occasion de l'opération de Mikulicz, Jaboulay et Laguaite. Pour nous, la conservation de tous les tissus possibles est une affaire importante, au point de vue de la réfection du pied.

L'incision médiane ne serait qu'une variation accessoire des procédés de Jaboulay, Laguaite et Michaux, dans les Mikulicz perfectionnés. Il y a plus, l'éminent chirurgien de Lyon n'a jamais pratiqué cette opération sur le vivant (p. 691).

Nous, nous avons pratiqué huit fois la tarsectonie totale par la voie médiane sur les petits sujets qui sont nos malades, et nous sommes en mesure d'affirmer que l'opération, telle que nous vous l'avons décrite, avec la largeur de son ouverture, avec l'économie des tissus, avec la possibilité de pousser au plus loin, par une voie directe, le déblayage des parties malades et le flambage des zones limitrophes, avec les chances de reconstitution d'un tarse régulier, mobile et puissant, nous pouvons dire que cette opération n'a rien de commun avec l'opération qui a pour objet de souder l'avant-pied à la jambe, à la faveur de la suppression du tarse.

Notre opération diffère donc de celle de M. Ollier par une technique différente et par un objet absolument distinct.

Elle vous a été présentée comme une opération orthopédique, dans l'acception conservatrice du mot, qui a fait ses preuves en clinique, tandis que l'opération pratiquée par M. Ollier sur des

cadavres, n'est, en dernière analyse, qu'un des temps d'une intervention dont l'objet présent est de suturer la jambe avec l'avant-pied, après avoir supprimé le tarse. L'analogie n'existe donc, et encore une analogie approximative, que dans le tracé de l'incision des parties molles.

M. Robert. L'objection que j'avais faite à M. Félizet avait trait seulement au mode d'incision. En effet, l'incision conseillée par M. Ollier, comme celle de M. Félizet, passe par le milieu de la plante du pied, en laissant intacts les vaisseaux et les nerfs.

M. Delorme. Au lieu d'une incision médiane, ne vaudrait-il pas mieux faire l'incision au niveau de la cloison intermusculaire externe, comme je l'ai conseillé pour la ligature de l'artère plantaire externe. De cette façon, on ménage les vaisseaux et nerfs plantaires externes, et l'on arrive facilement sur le tarse.

M. Félizet. Dans le procédé que j'ai préconisé, l'incision s'arrête au nerf plantaire externe, et le tarse tout entier se présente à l'opérateur. Je suis prêt toutefois à étudier expérimentalement le procédé qui vient d'être indiqué par M. Delorme.

Lectures.

Luxation du genou en avant et en dehors,

Par M. Delorme.

Les luxations du genou en avant et en dehors sont si exceptionnelles que je n'ai pas voulu perdre l'occasion qui m'est offerte de vous résumer l'histoire d'un homme qui en présente un exemple et que j'ai soumis à votre examen. Il s'agit d'une luxation incomplète et récidivante du genou droit.

Le dragon O..., très vigoureux, sans tare articulaire, se livrait le 4 décembre 1891 à l'exercice du saut de mouton. Il venait de sauter sur le dos de trois de ses camarades placés côte à côte quand, au moment où son pied droit toucha le sol, il entendit un craquement et éprouva une douleur très aiguë qui provoqua sa chute sur le côté opposé au genou atteint; le pied et avec lui la jambe droite avaient été brusquement portés en abduction. Ses camarades réduisirent sur-le-champ, et sans effort, un déplacement qui, au dire de cet homme, était semblable à celui que vous avez constaté. Le gonflement de l'article fut modéré et l'épanchement extra-articulaire passa inaperçu. Deux mois après O... reprenait son service d'ailleurs peu pénible, le genou contenu

par une genouillère; l'immobilisation après l'accident n'avait été que relative.

Près d'une année après, le 23 octobre 1892, en descendant de cheval, son pied droit rencontrant un caillou se porta, et avec lui la jambe, en abduction. La luxation se reproduisit aussitôt. Nouvelles douleurs, moins vives que la première fois, même impotence fonctionnelle, réduction facile et immobilisation relative pendant un mois.

Le 6 novembre suivant, en descendant un trottoir, la luxation se reproduisit pour la troisième fois. A partir de ce moment O... put renouveler le déplacement à volonté. Quand le membre est dans l'extension complète, celui-ci est solide et la luxation est impossible, mais le malade cherche-t-il à avancer le membre inférieur droit, le fléchit-il ou appuie-t-il sur le bord interne du pied de façon à produire une légère abduction du genou, immédiatement la surface articulaire du tibia se déplace en avant et en dehors.

Lorsque la luxation est produite, le genou est légèrement fléchi, les condyles du tibia, dont on sent très facilement le rebord, dépassent en avant le niveau de l'extrémité inferieure du fémur de plus de deux centimètres. Le pouce en déprimant la peau se loge facilement dans l'espace compris entre le rebord du tibia et l'extrémité du fémur; cependant à la vue la dépression sus-tibiale est faible.

En dehors le condyle externe du tibia déborde le condyle fémoral externe d'un bon centimètre; en dedans le condyle interne du fémur dépasse de la même étendue le niveau du condyle tibial correspondant.

En arrière les condyles fémoraux font une saillie très marquée. Le condyle externe par sa partie interne, répond à l'axe du creux du jarret; le condyle interne accuse la saillie postéro-interne du genou. Il n'y a pas de rotation notable du fémur sur le tibia. Quant à la rotule, elle reste verticale, et s'applique sur l'espace fémoral intercondylien.

Quand le membre est étendu et la luxation réduite, on ne peut imprimer au genou de mouvements de latéralité; dans la flexion ces mouvements sont possibles, mais bornés. Par contre les mouvements de rotation du tibia sur son axe sont faciles et étendus, que le membre soit dans la flexion ou l'extension.

On ne note aucun trouble vasculo-nerveux; le triceps a presque son volume et sa force normale.

Il serait difficile de déterminer ici, à défaut d'une constatation directe, quelles sont les lésions ligamenteuses ou capsulaires qui ont pu permettre ce déplacement.

Dans la seule autopsie que nous possédions, celle d'Hargrave, le ligament rotulien était intact; il est facile aussi de constater son intégrité sur notre malade. Le ligament latéral interne était complètement rompu, l'externe déchiré en partie. Sur O... on ne sent pas, quand le fémur est reporté en arrière, la corde de ces ligaments latéraux.

La facilité avec laquelle se reproduit le déplacement et surtout la rotation en dedans si rapidement limitée sur le genou sain par le croisement des ligaments croisés fait croire que ces ligaments ont été

sur ce malade au moins partiellement déchirés. Sur le blessé d'Hargrave le ligament croisé antérieur était rompu en travers.

J'ai proposé à O... de contenir son articulation avec une genouillère de cuir consolidée par des attelles ou d'ankyloser son genou dans la rectitude par une résection. Comme cet homme marche assez bien quand le genou est consolidé par une simple bande de flanelle, il a préféré le premier au second mode de traitement.

Deux remarques pour terminer : la luxation s'est produite pendant un mouvement d'abduction du pied et de la jambe; elle se reproduit à volonté quand le malade exécute ce mouvement, mais il faut admettre que l'axe du fémur était aussi, au moment de l'accident, oblique de haut en bas pour que le déplacement du tibia ait pu se faire en avant.

Ce fait affirme une fois de plus l'utilité d'assurer une immobilité prolongée après la luxation.

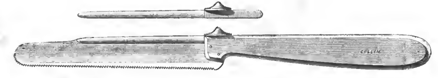
Chez O..., évacué rapidement d'un hôpital où sévissait la fièvre typhoïde, la contention a peut-être été insuffisante; aussi, comme les malades d'Hargrave et de Bruch, présente-t-il une luxation récidivante.

M. Lecerf (de Valenciennes) lit une observation intitulée : *Calcul vésical, taille hypogastrique.*

Commission : MM. Reclus, Félizet et Berger, rapporteur.

Présentation d'instruments.

M. Félizet. J'ai l'honneur de vous présenter une scie à dos mobile que j'ai fait construire par M. Collin et qui depuis quatre ans me sert exclusivement dans les résections et les amputations; outre la difficulté qu'il y a à enlever convenablement les malpro-



pretés qui se logent dans l'angle de la lame et du dos mobile, le dos mobile relevé gêne la manœuvre quand la scie doit opérer à une certaine profondeur : il s'accroche aux parties molles et aux mains des aides, et si le trait de la section osseuse rencontre un obstacle, il faut retirer la scie.

Nous avons eu l'idée d'un dos qui glisse dans une rainure établie sur le dos du manche.

Le dessin ci-contre montre comment la lame bien engagée dans l'os, le dos se retire, comment aussi le dos peut revenir en place et redresser la scie si elle se trouvait faussée; un simple mouvement du pouce sur la demi-mollette assure le bon engagement et le redressement de la lame, sans qu'il soit nécessaire d'enlever la scie, et sans que le dos mobile accroche quoi que ce soit.

Ce petit artifice de construction, parfaitement réalisé par M. Collin, m'a rendu de sérieux services et j'ai cru devoir vous en faire part.

Présentation de pièces.

M. Tuffier présente la vésicule biliaire d'une femme de 60 ans chez laquelle existait un abcès du foie. La mort est survenue vingt-cinq jours après l'ouverture de l'abcès; la vésicule, les canaux cystique et hépatique sont remplis de calculs très mous, qui n'avaient pas été révélés par l'acupuncture au moment de l'opération.

La séance est levée à 5 heures moins 10 minutes.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 31 mai 1893.

Présidence de M. Ch. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de M. Terrillon, demandant un congé jusqu'aux vacances; de MM. Brun et Pozzi, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 45.6.93. *Le gérant* : G. Masson.

3° *Hydronéphrose intermittente; Ponction évacuatrice; Guérison*, par M. F. Hue (de Rouen) (M. Reynier, rapporteur);

4° *Phimosis sénile; Nouveau procédé de circoncision*, par M. Guillemet (de Thiers) (M. Bazy, rapporteur).

Communication.

Perforation de la voûte palatine; restauration par un procédé spécial.

Par M. Quénu.

Je vous ai présenté il y a trois semaines, un malade à qui j'ai fermé un trou de la voûte palatine, en me servant d'un procédé que j'avais déjà mis en pratique en 1888.

En 1888 et fin 1887, j'avais eu à soigner deux malades atteints d'une fistule du sinus maxillaire: j'avais pris un lambeau gingival que je retournai de manière à ce que la face épithéliale s'appliquât sur l'orifice à oblitérer et que la face cruentée fût tournée en dehors; j'avais recouvert cette dernière avec un lambeau labial [1]. L'une des opérées a été revue en parfait état de santé il y a trois semaines.

C'est une opération analogue que j'ai fait subir au malade que vous avez vu il y a trois semaines. En voici l'observation qu'a rédigée mon interne, M. Thévenard :

En août 1892, Jean R..., étant assis, tenait entre ses jambes un fusil de chasse, chargé de plomb n° 6. Le coup partit et faisant balle, traversa le plancher de la bouche, la langue, la voûte palatine près du bord alvéolaire et vint ressortir à travers les téguments du nez. L'hémorrhagie fut considérable et détermina une syncope d'une demi-heure. Malgré une tentative de réparation immédiate, le blessé conserva une large perte de substance de la voûte palatine, faisant communiquer la cavité buccale avec la fosse nasale gauche, ouverte elle-même en dehors. De plus, il se fit entre la plaie du plancher de la bouche et celle de la langue, une adhérence cicatricielle très gênante pour la mastication. Nasonnement tel, qu'il est difficile à R... de se faire comprendre; la déglutition est parfois gênée et il arrive que les liquides ressortent par le nez.

Entré à l'hôpital Cochin le 15 avril.

La voûte palatine à gauche de la ligne médiane, présente une perte de substance en forme de croissant, intéressant le rebord alvéolaire

[1] Voir *Bull. Soc. chir.*, 1888.

depuis l'incisive interne droite jusqu'à la première molaire gauche. Cette perte de substance est en partie comblée par un tissu cicatriciel, assez épais qui l'unit intimement à la muqueuse de la lèvre supérieure et au moyen duquel persiste un orifice d'un centimètre de diamètre environ; opération le 17 avril.

Je passe sur la libération de la langue et l'autoplastie du nez pour me borner à l'opération de la voûte palatine.

A un centimètre environ en arrière de la perte de substance, on incise la muqueuse palatine, suivant une ligne courbe à convexité postérieure, parallèle au trou à combler; ce lambeau est décollé à la rugine et rabattu sur l'orifice, sa face cruentée regarde donc en bas; on le maintient dans cette position en passant un fil de soie d'un bord à l'autre. On taille alors un lambeau de muqueuse dans la lèvre supérieure, on le mobilise, on l'applique sur le précédent et on le suture. Sept jours après, les fils sont enlevés, la réunion est obtenue; le lambeau labial est bien un peu rétracté, mais ce glissement n'a fait que découvrir un ou deux millimètres de la face cruentée du lambeau palatin, la coaptation des deux lambeaux apposés par leurs faces cruentées persiste et la cicatrisation complète est obtenue au bout d'une quinzaine de jours. Exeat le 12 mai.

Il est évident que l'idée de combler une perte de substance de la voûte palatine et spécialement du bord alvéolaire aux dépens d'un lambeau labial ou génien, a dû venir à l'esprit de plus d'un chirurgien, je ne sache pas qu'on ait songé à associer cette prise d'un lambeau de la joue ou de la lèvre à celle d'un lambeau palatin retourné. C'est cette association de deux lambeaux qui fait peut-être l'originalité de cette communication.

Discussion.

M. Delorme. J'ai conseillé, dans le deuxième volume de mon *Traité de chirurgie de guerre*, le procédé qui vient d'être exposé par M. Quénu.

M. Quénu. Ce procédé a été communiqué par moi déjà à la Société de chirurgie, il y a trois ans.

M. Berger. On trouvera dans les *Archives de Langenbeck* un procédé semblable dû, je crois, à Israël (de Berlin). Je demanderai à M. Quénu s'il ne reste pas, sur le bord du lambeau, un passage faisant communiquer le foyer opératoire avec la cavité buccale.

M. Quénu. Non; une fois l'opération faite et les sutures mises en place, il ne reste pas un seul point en communication avec la cavité buccale.

M. Delorme. J'ai présenté, en 1886, à la Société de chirurgie,

un blessé chez lequel j'avais comblé une large perte de substance palatine en prenant un lambeau sur les lèvres.

M. Quénu. L'idée de prendre un lambeau muqueux sur la lèvre est une idée ancienne; ce qui m'appartient, c'est l'idée de combler la perte de substance à l'aide de deux lambeaux superposés, adaptés l'un à l'autre par leur surface cruentée.

Communication.

Anomalie de l'urétère chez la femme.

Par M. Bois (d'Aurillac), membre correspondant.

Messieurs, il m'a été donné d'observer une rareté pathologique, et c'est là le principal mérite de mon observation. Je veux parler d'une de ces anomalies de l'uretère chez la femme, dont les exemples connus ont été réunis par M. le Dr Secheyron, dans les *Archives de tocologie* de 1889. Il s'agit d'une jeune femme, nouvellement mariée, qui m'était amenée au mois d'août dernier par M. le Dr Four, médecin à Laroquebrou (Cantal). Ce confrère me racontait que sa cliente, tout en ayant des mictions régulières, perdait constamment de l'urine. Il en avait toujours été ainsi chez elle, et il avait fallu la volonté formellement exprimée de son mari pour qu'elle consentit à chercher à se débarrasser de cette infirmité. En procédant ensemble à un examen minutieux, nous constations, M. Four et moi, l'existence d'un très petit pertuis, siégeant dans l'épaisseur du bord gauche du méat urinaire. Par ce petit pertuis, l'urine s'écoulait constamment goutte à goutte, et pour ainsi dire par petits jets, saccadés. Un fin stylet aseptique pénétrait assez facilement à une grande profondeur, et on le sentait aisément dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale. Une sonde métallique introduite simultanément dans la vessie n'entrait jamais en contact direct avec le stylet. Un liquide coloré injecté dans la vessie ne remontait aucunement par l'orifice anormal. Dès lors, le diagnostic ne pouvait être douteux; l'urine sécrétée par le rein droit se ramassait dans la vessie, et celle que sécrétait le rein gauche, s'écoulait constamment à la vulve par l'uretère gauche, anormalement prolongé jusqu'au bord du méat urinaire où il débouchait.

Le fait bien constaté, il s'agissait d'y remédier. Pour y arriver, nous nous sommes proposé un double but à atteindre : 1° Etablir d'abord une communication permanente entre la cavité vésicale et

l'uretère anormal au niveau du bas-fond de la vessie; 2° Oblitérer ensuite l'orifice-normal de l'uretère comme une simple fistule, par avivement et suture. La première partie de ce programme a été exécutée de la façon suivante : un petit couteau mousse en forme de ténotome extrêmement étroit, porté sur une tige ou col suffisamment long, a été introduit à environ quatre centimètres de profondeur dans l'uretère anormal; en même temps, nous portions dans la vessie un cathéter muni d'une cannelure sur sa convexité; et sur la cannelure du cathéter, à l'aide du petit couteau urétéral, nous avons pu inciser la cloison urétéro-vésicale dans l'étendue d'un centimètre environ. Les jours suivants, à des intervalles variables, un stylet mousse a été promené entre les lèvres de cette incision, de manière à en empêcher la réunion. Au bout de quelques semaines, nous pouvions considérer comme certaine la permanence de la boutonnière urétéro-vésicale ainsi produite, et nous nous disposions à exécuter la deuxième partie du programme opératoire, lors que nous nous sommes aperçus de l'existence d'une grossesse commençante. Nous avons cru prudent d'ajourner le complement de l'opération jusqu'après l'accouchement et le rétablissement des suites de couches. C'est ce qui est cause que l'observation dont je viens d'avoir l'honneur d'entretenir la Société de chirurgie est encore incomplète; mais le résultat définitif sera communiqué ultérieurement.

Il convient toutefois de faire remarquer que cette opération, pas plus du reste que celles qui ont été proposées antérieurement, ne conserve le méat urétéral, méat dont le rôle n'est pas indifférent pour la préservation de l'asepsie urétérale et rénale. C'est là un desideratum difficile à réaliser.

Rapport.

Cure radicale d'un gros orteil en marteau, par le Dr Godin, médecin-major de l'Ecole d'enfants de troupe des Andelys.

Rapport par M. Chauvel.

Depuis l'époque (1887) où notre collègue, le professeur Terrier, communiquait à la Société ses premières observations de résection phalangienne pour la cure radicale de l'orteil en marteau, les opérations de ce genre ne paraissent pas avoir été très nombreuses. La raison principale est que cette difformité ne devient très gênante pour la marche que si l'appui se fait sur l'ongle, et qu'elle ne rend

que rarement impossible l'exercice des professions ordinaires. Ajoutons que, classé parmi les causes possibles d'exemption du service militaire, le martellement prononcé des orteils est, pour un certain nombre, de ces infirmités que l'on conserve (quand on ne les exagère pas) avec un soin précieux. Il y a quelques années, certaines parties de la Normandie étaient plus spécialement signalées par les médecins de l'armée, comme fournissant aux conseils de revision des mutilations volontaires aboutissant à la création d'orteils en marteau, et notre collègue, le professeur Paulet (de Montpellier), a relevé dans le midi de la France un fait de même nature.

L'observation qu'il mentionne (art. *Orteil*, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2e série, t. XVIII) est remarquable en ce qu'elle porte sur le gros orteil, doigt très rarement atteint par cette difformité.

M. le Dr Godin, qui s'est livré à quelques recherches bibliographiques, dit n'avoir trouvé dans les auteurs aucun cas analogue à celui qui fait l'objet de son travail. Sans doute le martellement du gros orteil est exceptionnel. Pour ma part, je ne me souviens pas de l'avoir jamais rencontré, du moins à un degré assez prononcé pour constituer un obstacle à la marche.

Notre camarade est attaché à l'Ecole préparatoire d'infanterie des Andelys. C'est chez un des enfants de troupe, âgé de 17 ans, qu'il a eu l'occasion de voir, associé à un ongle incarné, une flexion permanente de la phalangette du gros orteil droit avec inflammation de la bourse muqueuse sous-jacente, un volumineux durillon qui surmontait l'arête articulaire. M. le Dr Godin fait remarquer avec raison qu'au gros orteil il ne s'agit pas de la courbure en *col de cygne*, telle qu'elle existe pour le deuxième et le troisième doigts, mais d'un véritable *accent circonflexe*. Il est facile d'en juger sur le moule qu'il nous a envoyé.

On y voit que la difformité, ici congénitale, consiste : 1° dans l'extension exagérée de la première phalange sur le métatarsien ; 2° dans la flexion presque à angle droit de la phalangette sur la phalange, véritable subluxation dans laquelle la cavité articulaire de la première n'est plus en contact qu'avec la moitié inférieure de la tête de la seconde.

La pulpe de l'orteil est aplatie et élargie transversalement, mais sans former massue. Une bourse séreuse, recouverte par un durillon, représentant deux centimètres de diamètre, surmonte l'ongle saillant en haut de la face dorsale de l'orteil. Tout effort d'extension demeure impuissant. Sans doute l'obstacle réside profondément dans les tissus fibreux périarticulaires sclérosés (Duplay, Tillaux, Blum), car le tégument plantaire, libre de toute

adhérence, se tend à peine sous la traction exercée sur la phalangette. La jointure métatarso-phalangienne semble saine, ses mouvements ne sont limités que par la tension du tendon de l'extenseur propre.

Le jeune B..., intelligent, vigoureux, voulait s'engager dans l'infanterie. L'infirmité de son pied droit lui rendait la marche très pénible et le service militaire impossible. Si l'on examine le moule du pied, on voit qu'à l'inflexion (compliquée de durillon) du gros orteil s'ajoute un martellement du second doigt et une sorte de contracture des extenseurs et principalement de l'extenseur propre, qui se traduit par une dépression profonde à la racine des orteils et un notable tassement du pied, surtout à son bord interne.

Sollicité par son malade, M. Godin se résout à appliquer au redressement de ce gros orteil, la méthode de résection conseillée et employée par Terrier. Il se borne à l'adapter aux conditions spéciales du cas. Le durillon est circonscrit par deux incisions transversales curvilignes, à concavité intérieure dont la supérieure enveloppe le cor des trois côtés pendant que l'inférieure, presque droite, réunit les extrémités de la précédente, un peu au-dessous du bord articulaire de la phalangette. On excise le lambeau ainsi limité, y compris le cor et sa bourse muqueuse.

Ouvrant la jointure, on résèque toute la partie du tendon de l'extenseur propre, comprise dans la plaie. Alors, avec la scie, on enlève un centimètre de la tête phalangienne, puis le plateau articulaire seulement de la phalangette.

Suture au crin de Florence, gaze iodoformée, attelle plantaire ; en huit jours la réunion était complète, malgré l'imprudence de l'opéré qui, sautant hors du lit dès la seconde nuit, avait amené la rupture de quelques fils et la déchirure des téguments.

On voit que le Dr Godin n'a modifié que dans quelques points le procédé de Terrier ; reséquant plus de la phalange et moins de la phalangette, remplaçant la pince coupante par la scie en raison du volume des os, faisant des sections perpendiculaires à l'axe des phalanges pour ne pas avoir de redressement de la pulpe du doigt.

Le résultat, comme le montre le second moule fait en avril, deux mois après l'opération, est aussi satisfaisant que possible. Le gros orteil est parfaitement rétabli, le jeune B... se chausse facilement ; il a pu faire, en mai, des marches de 20 et 30 kilomètres et monter, aussi rapidement que ses compagnons, les 800 marches de la tour de la cathédrale de Rouen.

Nous ne pouvons que féliciter M. le Dr Godin du résultat favorable de son intervention. Pourquoi n'a-t-il pas, en même temps, redressé le second orteil dont le martellement semble des plus prononcés ? Il nous dit qu'il a craint d'infliger au jeune B... un

double traumatisme, que la marche ne se fait pas sur l'ongle de ce doigt, que sa gêne n'est pas sensible. Nous comprenons ces réserves, mais nous craignons que les inconvénients de cette déformation du deuxième orteil, jadis voilés sinon cachés par les souffrances qu'occasionnait la lésion de son volumineux voisin, ne se fassent sentir à présent que ce dernier est redressé.

Une réflexion et j'ai fini. Aujourd'hui que les progrès de la chirurgie ont fait, absolument sans aucun danger, des opérations aussi minimes que la cure radicale d'un orteil en marteau, une telle infirmité devrait-elle continuer à être comme jadis une cause d'exemption du service militaire? Notre jeune camarade montre par son observation, après M. Terrier et d'autres chirurgiens, que cette déformation peut être facilement supprimée. Il y a là une question de médecine légale qui n'est pas sans importance et mériterait discussion. Mais peut-être trouverait-on que ce n'est pas ici le lieu convenable pour un semblable débat.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à M. le Dr Godin pour son intéressante observation et de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Reynier. De l'orteil en marteau, on peut rapprocher l'hallux valgus pour lequel j'ai fait quinze à vingt fois la résection conseillée par M. Ogston, sans aucun accident. Une seule fois, j'ai vu le martellement du gros orteil. A la suite des résections pour l'orteil en marteau, je n'ai point observé le redressement exagéré de l'orteil dont a parlé M. Chauvel; il y a, en effet, dans ces cas une rétraction des tendons fléchisseurs qui s'oppose à l'hyperextension.

M. Berger. Je ne crois pas qu'il faille confondre l'hallux valgus avec le martellement des orteils. Le martellement est rare pour le gros orteil. Souvent j'ai opéré sur le deuxième et sur le troisième orteil; le plus souvent j'ai fait porter la résection seulement sur la deuxième phalange. Au lieu d'une incision transversale, je fais une incision longitudinale. Les suites n'ont pas toujours été absolument simples; dans un cas, il y a eu de la suppuration.

M. Reclus. On ne saurait assimiler l'orteil en marteau avec l'hallux valgus. Dans le cas qui vient d'être relaté par M. Chauvel, je me demande s'il s'agissait d'un véritable martellement du gros orteil, ou plutôt si l'on n'avait pas affaire à un redressement de tous les doigts. L'année dernière, j'ai observé un jeune homme chez lequel ce redressement de tous les orteils rendait la marche

très difficile. J'ai fait la section du tendon extenseur du gros orteil qui était le plus dévié, et aujourd'hui le malade va très bien.

M. Kirmisson. Je pense, comme mes collègues, qu'on ne saurait assimiler l'hallux valgus à l'orteil en marteau. Dans l'hallux valgus, les altérations siègent uniquement sur la tête du premier métatarsien; il suffit de faire porter la résection sur la tête de ce métatarsien pour obtenir le redressement. Dans l'orteil en marteau, il faut faire porter la résection à la fois sur les deux extrémités articulaires. On ne doit pas confondre non plus l'orteil en marteau avec le renversement des orteils dû à la rétraction des tendons extenseurs. Ce qui caractérise essentiellement l'orteil en marteau, c'est la rétraction des ligaments maintenant les phalanges dans leur position vicieuse. Quand il y a seulement rétraction du tendon extenseur, on peut se contenter, comme je l'ai fait dans un cas, de pratiquer la section sous-cutanée de ce tendon.

M. Monod. Il me semble, comme à M. Reclus, d'après l'examen du moule qui nous est présenté, qu'il s'agit dans le cas rapporté par M. Chauvel, d'un cas de relèvement de tous les orteils, d'orteils dits en *griffe*, plutôt que d'un véritable orteil en marteau limité au gros orteil. Dans les orteils dits en griffe, il peut y avoir hyperextension de la première phalange, et flexion de la seconde, disposition qui rappelle l'aspect présenté par l'orteil en marteau. J'ai eu trois fois occasion d'observer des cas de ce genre et de les opérer avec succès par la simple section des tendons extenseurs.

M. Berger. Je crois que la pathogénie n'est pas aussi simple que l'admet M. Kirmisson. S'il y a rétraction ligamenteuse, on peut se demander quelle en est la cause. Deux fois j'ai vu cette déformation chez de jeunes sujets, coïncidant avec un pied plat. Il y a deux ou trois ans, je fus appelé pour un enfant de 5 à 6 ans, présentant sur le deuxième orteil la déformation caractéristique de l'orteil en marteau. Quand l'enfant était au repos, on pouvait opérer le redressement, et l'orteil restait dans une bonne position; mais dès que l'enfant marchait, la déformation reparaissait. Or, il existait en même temps un pied plat très caractérisé. En redressant l'orteil, on exagérait du même coup la concavité de la voûte plantaire. Je pense donc qu'il existait une relation entre les deux faits. D'ailleurs il a suffi du port d'une semelle convexe en liège pour atténuer notablement la difformité.

M. Delorme. La description de M. Reclus m'a rappelé la description donnée par Duchenne (de Boulogne), de la griffe par para-

lysie des interosseux. Dans ces cas, c'est à l'électrisation qu'il faut avoir recours.

M. Reclus. L'aspect de la déformation chez mon malade était le même que sur le moulage joint au rapport de M. Chauvel; d'autre part, je ne vois pas que l'auteur ait fourni la preuve anatomo-pathologique qu'il s'agit là d'un véritable orteil en marteau. Peut-être la section tendineuse eût-elle été suffisante comme chez mon malade.

M. Reynier. Je pense, comme M. Berger, que la pathogénie de l'orteil en marteau n'est pas encore bien connue. Il y a, je crois, des distinctions à faire à cet égard. Chez les enfants, il peut s'agir d'une rétraction tendineuse simple. Dans un cas de cette nature, j'ai vu survenir plus tard des atrophies étendues à plusieurs segments du système musculaire, démontrant qu'on était en présence de phénomènes médullaires. Le plus souvent l'orteil en marteau constitue une lésion congénitale dans laquelle les os et les articulations sont touchés simultanément.

Présentations de malade.

1° *Luxation du poignet gauche en avant complète, datant de quatre ans; fracture de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus.*

M. Delorme. Les exemples de luxation du poignet ne sont pas à tel point communs, qu'il ne puisse plus être intéressant d'en recueillir les observations et d'en montrer les cas. C'est ce qui m'a engagé à vous présenter celui-ci :

Sur ce matelot, la luxation s'est produite par la chute d'une barrique du poids de 40 kilogrammes sur le dos de la main, le membre étendu étant fixé à ses deux extrémités et le poignet restant libre. Le dos de la main, au dire du malade, vint toucher la face postérieure de l'avant-bras. Il put lui-même et aisément la replacer dans l'axe de l'avant-bras, et constata une légère déchirure dorsale au niveau du métacarpe.

Le gonflement immédiat fut si considérable qu'un examen attentif fut impossible. Le médecin qui donna des soins à B..., appliqua sur-le-champ un appareil contentif, ne réduisit pas la luxation et ce n'est qu'au bout de trente jours qu'il s'aperçut du déplacement dont la disparition fut alors en vain tentée sous le chloroforme. Malgré sa persistance, les doigts pouvaient cependant se fléchir et s'étendre activement et sans douleur, et la sensibilité de la main était intacte. Deux

mois après le traumatisme, B..., aprés une nuit calme, se réveilla avec une impotence fonctionnelle compléte de la main gauche : la sensibilité avait disparu complètement jusqu'à un travers de doigt au-dessus du poignet; elle présentait une eoloration bleuâtre et restait froide. Pas de symptômes d'hystérie. Ces troubles sensitivo-moteurs étendus à la totalité de la main persistérent à partir de cette époque et l'atrophie des muscles de l'avant-bras fit des progrés rapides et considérables, malgré l'emploi de l'électricité.

Les signes de la luxation sont presque tous classiques, cependant je relève quelques dissemblances entre ceux que présente ce malade et ceux donnés par les auteurs. Je résume les uns et les autres :

Main en pronation, en extension, doigts légèrement fléchis, pas de déviation de l'axe du poignet, raccourcissement de 1 centimétre et demi de l'espace compris entre l'olecrâne et l'extrémité du médius; épaississement du poignet de près de 2 centimètres.

La surface convexe des os du carpe fait, en avant, une saillie régulière à 2 centimétres au-dessous du niveau de l'extrémité articulaire du radius. Cette saillie carpienne est très nette, même à sa partie moyenne, étant donné le peu de relief que font les tendons fléchisseurs. Aucun des os du carpe, en particulier le semi-lunaire, ne proémine anormalement en avant du plan des autres os.

L'extrémité radiale, un peu épaissie, mais régulière, répond à l'interligne du premier métacarpien et du trapéze; quant au cubitus, il est fracturé à 2 centimétres de sa surface articulaire et son fragment inférieur, perpendiculaire á l'axe du corps de cet os, fait par sa portion articulaire une saillie arrondie, de 2 centimètres sur la face dorsale; les deux extrémités antibrachiales ne sont donc pas sur la même ligne.

Il y a quelques mois, l'ankylose du poignet était complète. Sous le chloroforme, et malgré le long temps écoulé depuis l'accident, j'ai pu obtenir une flexion légère (160°), une extension presque normale, des mouvements d'adduction et d'abduction portés à 170° et 160°; les mouvements de pronation sont presque normaux, comme ceux de supination. Les mouvements passifs des doigts avaient presque conservé leur étendue normale. Mais ces mouvements rétablis no sont que passifs, et la main ne peut servir que de point d'appui. Elle est froide, insensible, se cyanose facilement; B... y ressent parfois des sensations de brûlure. Pas de troubles trophiques. Cet état de la main et l'atrophie des muscles de l'avant-bras, m'ont éloigné de toute idée de résection orthopédique, alors même que par des mouvements provoqués sous le chloroforme, je n'eusse pas rétabli une mobilité au poignet aussi grande.

Je relèverai dans cette observation : le mécanisme si net de la luxation, la saillie régulière des os du carpe portés en haut, en masse, sans dislocation partielle; la fracture du cubitus qui l'a empêché de se placer sur le niveau du radius, la paralysie survenue deux mois après le traumatisme, brusquement, sans être liée directement au déplacement osseux persistant; la possibilité de

rétablir des mouvements passifs très étendus, presque normaux, sous le chloroforme, quatre ans après l'accident.

M. Félizet. En 1869, j'ai pu observer un cas identique dans le service de M. Guyon. Il s'agissait d'une luxation récente, et la réduction fut obtenue par la traction. Un an et demi après, le malade fut revu; les fonctions du membre étaient parfaites, mais la main était le siège d'une atrophie considérable.

2° *Méningo-encéphalite superficielle d'origine traumatique; guérison par la trépanation faite de bonne heure.*

M. Lucas-Championnière. Le malade que je présente, est un homme âgé de 42 ans environ, qui est tombé d'un toit le 8 mars dernier, d'une hauteur de 17 mètres.

A la suite de cette chute, perte de connaissance, pendant laquelle il subit une opération sur laquelle nous n'avons pas de renseignements, mais que la suite a montré être une simple incision cruciale sur le sommet de la tête, à gauche.

Vers le vingt-quatrième jour il revint à Paris.

Depuis qu'il a repris connaissance il n'a cessé de souffrir continuellement, d'une manière générale. Cette céphalalgie est accompagnée de vertiges qui l'empêchent absolument de déplacer la tête. Du reste aucun phénomène paralytique ni aucune convulsion.

J'ai trépané cet homme dans les circonstances suivantes :

Le 4 mai j'ai fait une incision cruciale en reprenant les anciennes incisions. Après un examen attentif, j'ai trouvé une brisure crânienne en arrière de la bosse pariétale gauche. J'ai mis une couronne de trépan et fait un orifice complémentaire donnant environ 6 centimètres de diamètre.

La dure-mère paraissait intacte, mais après l'incision j'ai trouvé sur le trajet des vaisseaux cette teinte grise très caractéristique des meningo-encéphalites superficielles, si communes après les traumatismes, quoique fort mal connues.

Les lésions ont beaucoup d'analogie avec celles que l'on observe dans la paralysie générale. J'ai attiré plusieurs fois l'attention sur ces faits.

Ce malade, pansé et drainé comme de coutume, a fait une guérison rapide. La disparition des douleurs et des vertiges a été immédiate en quelque sorte. Dès le réveil et malgré le malaise consécutif à une opération il a manifesté ses sensations.

Aujourd'hui, au bout de vingt-sept jours, et bien cicatrisé, il est dans la même situation de bien-être et tout disposé à travailler.

J'appelle l'attention sur ce fait, parce que j'ai eu souvent, à des

époques diverses des traumatismes, l'occasion de trépaner des sujets atteints d'accidents graves, avec les lésions superficielles du cerveau qui se rapprochent tant de celles de la paralysie générale.

Les ouvertures du crâne, même tardives, soulagent ces malades, font disparaître les douleurs et les vertiges. Je les ai vues arrêter complètement pour un temps l'évolution des accidents.

Malheureusement, lorsque la trépanation est faite au bout d'un temps long, de plusieurs mois, ou après des années, comme j'ai eu l'occasion de le faire, les accidents calmés reprennent.

J'espère que par une intervention rapide le mal aura toutes chances d'être définitivement enrayé.

Le mieux serait d'aller plus vite encore, et la vieille pratique de la trépanation préventive était justifiée à bien des égards.

Je ferai remarquer qu'ici il n'y avait aucun enfoncement, mais une simple brisure, et que l'apparence même de la dure-mère n'avait rien de mauvais. Il a fallu l'ouverture de la dure-mère pour déceler les lésions du cerveau, faciles à reconnaître pour l'œil le moins exercé.

On put sur ce malade constater combien l'incision cruciale est défectueuse; il faudrait y renoncer absolument, j'ai dû reprendre celle du précédent opérateur.

Présentation de pièces.

M. Bazy présente un calcul urétral extrait par lui, et qui paraît s'être développé très rapidement.

La séance est levée à 5 heures 5 minutes.

Le Secrétaire annuel,

E. Kirmisson.

Séance du 7 juin 1893.

Presidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Psoriaris, Eczéma et Lupus érythémateux*, par M. L. Duncan Bulkley (de New-York). 3 brochures, 1891 et 1893;

3° Invitation au congrès international de Charité, Correction et Philanthropie, qui doit se tenir à Chicago du 12 au 18 Juin 1893.

A propos du procès-verbal.

Suite de la discussion sur les déformations des orteils.

M. Kirmisson. Je vous demande la permission de revenir sur les déformations des orteils dont certaines variétés me paraissent avoir été confondues les unes avec les autres dans la dernière séance. Pour ce qui est de l'hallux valgus, tout le monde est d'accord pour le regarder comme une variété bien distincte; il n'y a donc pas lieu d'insister. Mais en dehors de l'hallux valgus, il est trois formes différentes de déviations des orteils qui me paraissent présenter une existence distincte, ce sont : 1° l'orteil en marteau ; 2° l'orteil en griffe ; 3° le renversement de l'orteil sur sa face dorsale par rétraction du tendon extenseur.

1° *Orteil en marteau.* — Dans l'orteil en marteau caractérisé par la flexion angulaire permanente de la seconde sur la première phalange, la rétraction porte non seulement sur les tendons, mais encore sur les ligaments, sur la peau et le tissu cellulaire souscutané. S'il en était autrement, on ne comprendrait pas l'utilité de la résection conseillée par M. Terrier, et que tous, à son exem-

ple nous avons employée avec succès. En effet, l'histoire de la maladie a démontré que la simple ténotomie était le plus souvent insuffisante ou du moins était incapable de prévenir la récidive.

Pour ce qui est de la pathogénie, comme M. Berger, j'ai été frappé de la coïncidence fréquente entre le pied plat et l'orteil en marteau ; comme notre collègue, je suis porté à admettre une relation pathogénique entre ces deux difformités. L'affaissement progressif de la voûte plantaire, amène l'allongement du pied, et l'on comprend que l'orteil venant butter contre l'extrémité de la chaussure soit obligé de se fléchir.

2° *Orteils en griffe.* — Pour ce qui est des orteils en griffe, je ne conteste pas, comme l'a rappelé M. Delorme dans la dernière séance, et comme l'a établi autrefois Duchenne (de Boulogne), que cette déformation puisse être la conséquence de la paralysie des muscles interosseux, mais, en dehors de toute paralysie, chez des sujets parfaitement sains, d'ailleurs, on rencontre très fréquemment la disposition à laquelle on donne le nom d'orteils en griffe. Elle est le plus souvent associée au pied creux. Il ne s'agit point ici d'un pied creux fixe dont la courbure exagérée est maintenue par la rétraction de l'aponévrose plantaire, mais bien d'un pied creux caractérisé par la laxité extrême de l'articulation médio-tarsienne, et la chute de l'avant-pied sur l'arrière pied. Dans ces conditions, il se passe pour les tendons extenseurs ce qui arrive dans les paralysies du nerf cubital ; ces tendons deviennent trop courts ; ils sont tiraillés et produisent, par leur rétraction, le renversement de la première phalange sur le métatarsien correspondant.

Le lendemain même du jour où avait lieu notre discussion sur ce sujet, j'étais consulté par une jeune fille de 14 ans, qui porte du côté gauche, une griffe pied creux, avec renversement du gros orteil sur sa face dorsale. La déformation, chez cette jeune fille, est survenue peu à peu, en dehors de tout phénomène paralytique. Chez elle comme chez tous les malades semblables, il suffit de corriger le pied creux en relevant l'avant-pied pour faire disparaître la difformité des orteils. Il n'y a là aucune ressemblance avec l'orteil en marteau.

3° *Renversement des orteils sur leur face dorsale par hyperextension et rétraction du tendon extenseur.* Cette disposition se rencontre souvent dans la paralysie infantile Actuellement encore j'ai dans mon service un jeune enfant atteint de pied équin paralytique qui présente ce renversement du gros orteil sur la face dorsale par rétraction du tendon extenseur. C'est en effet un fait très

fréquent dans la paralysie infantile que de voir le muscle extenseur propre du gros orteil conserver son intégrité.

Mais en dehors de la paralysie infantile, on peut rencontrer la même déformation. Dans la dernière séance, j'ai fait allusion à un cas de cette nature où je suis intervenu pour opérer le redressement. Il s'agissait d'une jeune fille de 13 ans qui présentait une hyperextension des deux petits orteils. La déformation était symétrique aux deux pieds. Le petit orteil était en hyperextension en même temps qu'il était déjeté du côté interne et chevauchait sur le quatrième doigt. Le tendon extenseur rétracté faisait une saillie manifeste au dessous des téguments. Il m'a suffi, dans ce cas, de pratiquer la section sous-cutanée du tendon extenseur pour obtenir le redressement.

En dehors de la paralysie infantile et de certaines causes mécaniques qui peuvent agir pour amener les déformations des orteils, je pense que, dans la plupart des cas, ces difformités ont leur source dans une disposition congénitale, comparable à ce qn'on observe à la main, au niveau du petit doigt. On sait du reste, que ces rétractions congénitales des doigts sont souvent héréditaires.

M. Félizet. La question de l'orteil en marteau qui occupe peut-être le plus petit chapitre de la pathologie chirurgicale, est assurément une des plus obscures dans sa pathogénie, dans son anatomie pathogénique et dans les indications que le traitement reçoit de l'orteil intéressé, du mode de la déformation et particulièrement de l'âge du sujet.

Après avoir réfléchi aux divers traitements proposés par les chirurgiens anciens et contemporains : Boyer, Nélaton, Malgaigne, W. Adams, Blum, Schwartz, Kirmisson et Terrier, diversité qui trahit la plus grande divergence sur la conception pathogénique d'un mal qu'ils n'ont eu à soigner que pendant la jeunesse et pendant l'âge moyen de la vie, j'ai cru que la clinique infantile pouvait apporter quelque clarté dans la question, en nous faisant voir la lésion dans ses débuts, avec ses caractères propres et simples, c'est-à-dire non encore modifiés par les pressions de la marche, les réactions de la douleur et les accommodations de l'accoutumance.

On a divisé les orteils en marteau en deux classes : les *spontanés* qui sont les congénitaux et les héréditaires, et les *acquis* qui comprennent d'une part les difformités accidentelles mécaniques (chaussures mal faites) et d'autre part les difformités pathologiques (rétraction des tendons et des ligaments, atrophie de certains muscles, etc.).

Ces divisions ne se rapporteraient, pour nous, qu'au mal com-

pliqué, aggravé par l'exercice et par le temps : elles obscurcissent plutôt la pathogénie.

En étudiant l'orteil en marteau chez un certain nombre d'enfants, en suivant attentivement le cours des choses, quand un traitement convenable n'avait pas été appliqué dès le jeune âge, nous avons vu que ce qui est d'abord une difformité tolérable, devient plus tard une maladie pénible, caractérisée par des troubles de la marche dûs à des douleurs locales et à des crampes, pour aboutir à une véritable infirmité.

On admet généralement que chez certains sujets la contracture du fléchisseur, l'attitude que cette contracture produit et les déformations osseuses et ligamenteuses qui succèdent à la persistance de cette attitude, peuvent amener les lésions définitives de l'orteil en marteau.

Je demande la preuve que c'est la contracture qui a commencé dans la grande majorité des cas.

Je demande pourquoi, neuf fois sur dix, c'est sur le deuxième orteil que la déformation porte, plutôt que sur les quatre autres. Que répondrait-on à celui qui, en présence de la symétrie ordinaire du mal, invoquerait l'exagération de cette disposition normale du squelette, qui fait que la pulpe de l'orteil dépasse d'un bon tiers d'épaisseur le plan de la pulpe du premier.

A l'état normal, nous savons que la phalange du deuxième orteil est de près d'un quart plus longue que celle du troisième.

Dans le martellement, cet allongement a paru s'exagérer encore à Ollier, qui a mesuré de 4 à 6 millimètres de différence avec la phalange du côté sain.

On a tort de croire que cet allongement est régulier et tout l'intérêt réside dans l'inégalité de développement de la face dorsale et de la face plantaire de la phalange. Voici, pour le prouver, une expérience facile à faire : sur des enfants sains, de 4 à 12 ans, la flexion de la phalangine du deuxième orteil ne va pas au delà de 40 à 50 degrés, par rapport à l'axe de la phalange, quelle que soit la force qu'on déploie.

Chez un enfant atteint d'orteil en marteau, la flexion atteint, sans force, 85 à 90 degrés, l'angle droit.

J'ai opéré, il y a quinze jours, une fillette de 12 ans, chez laquelle ce fait était des plus nets. Or j'ai pu m'assurer, pendant l'opération, que la surface articulaire phalangienne étant normale, la surface articulaire phalanginienne était oblique en bas, son plan faisant avec l'axe de l'os un angle de 40 degrés environ.

La malformation était congénitale, l'enfant ayant eu toujours ce deuxième orteil de chaque pied déformé en marteau ; les troubles

fonctionnels (crampes et douleurs) n'avaient débuté qu'à l'entrée en apprentissage, c'est-à-dire il y a dix mois.

Cette disposition n'explique pas seulement comment la flexion à angle droit de la phalangine sur la phalange est facile; elle explique pourquoi le redressement immédiat et parfait, suivant l'axe de la phalange est impossible, eût-on sectionné les tendons et les ligaments latéraux. La raison de cette obliquité, c'est la différence de longueur de la face dorsale et de la face plantaire de la phalange.

Or, c'est là le vice primordial, à notre avis, et la malformation qui se montre, soit à la naissance, soit dans les premières années de la vie, ne donne lieu à aucun symptôme gênant ou pénible.

Le mal s'aggraverait-il au cours de l'ossification? Y aurait-il une prolifération épiphysaire à la façon de ce qui se passe dans le genu valgum? Cela est possible. Ce qui est certain, c'est que dans l'enfance, un traitement non sanglant, manipulations orthopédiques, redressements répétés et forcés, sous le chloroforme au besoin, corrige le plus souvent la différence de longueur des deux faces de la phalange, tasse, modèle, redresse, marie les surfaces articulaires, et que, maintenue, par une déligation bien entendue, la malformation guérit. Quand elle ne guérit pas, quand on a laissé aux os le temps de s'ossifier à fond, les conséquences de la difformité apparaissent sous l'influence des fatigues de la station ou de la marche.

Ce n'est généralement pas dans les premières années que cela a lieu. L'orteil en marteau gêne modérément le jeune enfant. L'enfant de cinq ans ne marche pas : il saute, il court, il tourne, il esquive par une gambade les conséquences du porte à faux anatomique.

A cet âge aussi, le corps pèse peu; la foulée sur la partie susceptible est légère, elle est intermittente surtout.

C'est à l'âge de l'apprentissage que la difformité devient une maladie. C'est le temps des travaux soutenus dont on n'a pas l'habitude, des marches prolongées, des courses au loin avec un fardeau, des escaliers qu'on monte cinquante fois dans une journée, de la station fixe et assidue devant le travail de l'atelier.

Le corps est devenu plus lourd.

Les pieds grandissent, sans que les souliers s'élargissent ou s'allongent.

Le durillon dorsal de l'angle phalango-phalanginien apparaît avec sa bourse séreuse, et sur la pulpe de la phalangette foulée, les épaississements de l'épiderme et les cors papillaires surviennent pendant que l'ongle est foulé et meurtri.

C'est aussi l'âge du collège, avec le gonflement des pieds succédant, pendant les longues heures des études et des classes, aux

exercices violents de la récréation et à la lassitude des promenades.

Dès les premières douleurs, la nature réagit et se défend. La défense consiste dans la contraction du fléchisseur, ayant pour but *d'exclure* l'orteil et de le protéger.

Le durillon dorsal s'accentue et s'enflamme, la pulpe de la phalangette se *tale*, si la *difformité est en Z* (1re variété), à moins que ce soit l'ongle qui rencontre le plan de la semelle, si la flexion est totale, *marteau proprement dit* (2e variété), et alors on voit apparaître le cor sous-unguéal, les ulcérations du derme et toutes les misères de l'ongle incarné. Sous l'influence de cette flexion, la déformation osseuse s'exagère encore et l'orteil marche inévitablement à la culbute fatale.

En peu de temps, à la contraction des fléchisseurs a succédé la contracture, et à la contracture la rétraction définitive. Contraction, contracture et rétraction, ce sont là des effets, ce ne sont pas des causes, et avant la fin de l'adolescence, nous aurons beau sectionner les tendons et les ligaments, il ne sera plus en notre pouvoir de redresser l'orteil en marteau, de mettre la phalangine dans l'axe de la phalangette, car les plans articulaires ne sont plus parallèles, les surfaces articulaires ne sont plus malléables comme elles l'étaient pendant l'enfance, il n'y a plus moyen de les forcer, de les modeler l'une sur l'autre; il faut les supprimer, il faut faire, en un mot, la résection.

C'est alors, après l'occasion perdue des facilités que l'enfance donnait au traitement simple, que l'opération de M. Terrier est la seule ressource utile et rationnelle pour éviter l'amputation de l'orteil nuisible.

En résumé, ce que nous observons chez les enfants nous montre que la difformité de l'orteil en marteau est liée, avant tout, à une conformation osseuse anormale de la phalange osseuse et que ce n'est que secondairement que surviennent les altérations des tendons et des ligaments, précisément à l'époque où le vice de conformation se complique des lésions physiques et des troubles fonctionnels qui le transforment en une maladie véritable.

Nous n'avons parlé ici que du martellement du deuxième orteil, parce qu'il est de beaucoup plus fréquent et aussi, je l'avoue, parce que je n'ai pas encore eu affaire au premier orteil en marteau.

Quoique, pour ce dernier, la résection ait donné, entre autres à M. Godin, le succès qu'on en pouvait attendre, le premier orteil diffère tant des autres par le nombre et le volume de ses phalanges, par la nature de ses surfaces articulaires, par le perfectionnement complexe de ses ligaments, par la puissance et la spécialité de ses muscles, que nous serions porté à croire qu'il s'agit là d'une

maladie autre que celle que nous avons étudiée, maladie dans laquelle, en dépit de la forme marteau et des incommodités fonctionnelles, la lésion osseuse pourrait parfaitement n'être que secondaire.

M. Marc Sée. Dans un cas, j'ai pratiqué une opération différente de celle de M. Terrier ; au lieu d'attaquer l'articulation phalango-phalanginienne , j'ai réséqué le corps de la phalange pour raccourcir le squelette, et donner aux parties molles une longueur suffisante pour permettre le redressement ; je crois cette opération un peu plus simple.

M. Robert. A l'appui des considérations présentées par mon collègue Delorme sur les causes de la déviation des orteils signalées par Duchenne (de Boulogne), permettez-moi de mettre sous vos yeux le moule d'un pied atteint d'hallux valgus, qui démontre par la comparaison avec le pied opposé une diminution de volume très notable du bord interne du pied avec excavation due en particulier à l'atrophie de l'adducteur du gros orteil.

Le sujet auquel appartient ce pied est un lieutenant d'infanterie qui n'a commencé à souffrir de son infirmité qu'à l'époque de son séjour à l'école de Saint-Cyr et qui, au moment où je l'ai opéré, se trouvait dans les conditions les plus défavorables pour la marche ; la peau du bord interne de l'avant-pied, amincie et rouge violacé, ne pouvait pas supporter le contact de la chaussure, il en résultait des souffrances très pénibles et des inconvénients graves pour le service militaire.

La non-activité devait en résulter à brève échéance.

Grâce à la résection de la partie interne et antérieure de la tête du premier métatarsien et à l'excision de la bourse synoviale correspondante, cet officier a pu continuer son service ; aujourd'hui il est à même de suivre toutes les marches militaires ; il a pris part aux grandes manœuvres d'automne et parcouru par tous les temps des étapes très longues sans être arrêté par la moindre souffrance.

J'ajouterai que, pour obtenir le redressement de l'orteil, j'ai eu recours à l'application d'une gouttière de feutre plastique interposée dans le pansement et à des séances d'électrisation destinées à rendre de l'énergie au muscle adducteur.

M. Delorme. Je crois rare le martellement du gros orteil ; j'en ai vu un seul cas que j'ai opéré par le procédé de M. Terrier, le résultat a été excellent ; je dois dire que, dans ce cas, il n'y avait pas coïncidence avec un pied plat.

M. Chauvel. Je remercie mes collègues de l'intérêt qu'ils ont bien voulu montrer à mon modeste rapport. Je suis heureux d'apprendre

que tous ont plusieurs fois pratiqué la résection pour orteil en marteau. Si ces observations avaient été publiées, M. Godin et moi nous n'eussions pas oublié de les citer.

M. Reynier demande si la résection permet aux malades de faire de longues marches. J'ai dit que l'opéré de notre collègue des Andelys faisait aujourd'hui, sans difficulté, des marches de 25 et 30 kilomètres, qu'il pouvait, tout comme ses camarades, se livrer aux exercices de boxe, d'escrime, à la gymnastique.

Un de son camarades de l'armée, le médecin principal Annequin, de l'hôpital de Grenoble, m'avait été, à la fin de la dernière séance, signalé comme ayant pratiqué la même opération que M. Godin sur le gros orteil. Je lui ai écrit et il m'a très gracieusement envoyé ses *Considérations sur le martellement des orteils et son traitement chirurgical*, travail publié dans le n° de février 1893 du *Dauphiné médical*. Il s'agit en effet d'une résection, mais du second orteil, et non du premier. Opéré le 23 janvier dernier, son malade, jeune soldat du 4e régiment du génie, rentrait à son corps au bout de trois semaines et, depuis cette époque, il y fait régulièrement son service.

M. Berger recommande de désinfecter soigneusement la région plusieurs jours à l'avance. Notre camarade avait pris cette précaution ; depuis une semaine, le pied nettoyé était enveloppé dans un pansement antiseptique journellement renouvelé. Aussi la réunion immédiate n'a-t-elle pas fait défaut.

A M. Reclus qui s'est demandé s'il ne s'agissait pas d'une rétraction des tendons extenseurs, je ferai remarquer que, s'il existait un léger relèvement de la seconde phalange des trois derniers orteils, la déformation ne portait en réalité que sur les deux premiers. M. Godin, en pratiquant la résection des os, y a joint l'enlèvement de toute la partie du tendon extenseur comprise dans la plaie. La section de la corde tendineuse est donc venue joindre son effet à celle de l'excision d'une partie des extrémités osseuses.

Vient aussi la question de pathogénie soulevée par M. Berger.

Je suis hors d'état d'apprécier actuellement les rapports que notre collègue a si judicieusement relevés entre le martellement des orteils et le pied plat. Si mes souvenirs sont exacts, cette relation serait probablement vraie. Au reste, ayant assez souvent l'occasion de rencontrer les deux infirmités à la commission de réforme du département de la Seine, je n'oublierai pas à l'avenir de rechercher cette coïncidence afin de vérifier son hypothèse.

MM. Kirmisson et Félizet ont émis des considérations très intéressantes sur le diagnostic et la pathogénie de l'orteil en marteau chez les enfants ; je n'ai vu et observé l'affection que chez les

adultes, mais je rappelle que, chez le malade de M. Godin, la déformation paraissait congénitale.

Communication.

Kyste hydatique du poumon gauche rompu dans la plèvre, traité successivement par la pneumotomie, puis l'extirpation du kyste;

Par le Dr H. Delagénière (du Mans).

La nommée K..., Marie, âgée de 36 ans, cuisinière, entre à la maison de santé du Mans le 25 février 1892.

Rien à signaler comme antécédents, sa santé a toujours été excellente, elle nous apprend cependant qu'au mois d'août 1890, elle est prise tout à coup d'un point de côté à gauche avec dyspnée; la douleur disparaît peu à peu et la malade conserve dans le côté gauche une sensibilité spéciale, une sorte de gêne pendant l'inspiration.

Le 1er février 1892, elle est prise subitement d'une douleur intense dans le côté gauche de la poitrine, cette douleur s'accompagne d'une dyspnée considérable et d'une éruption d'urticaire confluente. Le Dr Vincent, médecin traitant, constate alors un épanchement dans la plèvre gauche. Cet épanchement augmente progressivement, la dyspnée persiste, le cœur se trouve refoulé sur la ligne médiane, mais malgré cela, la température reste normale.

Le 21 février, la dyspnée a encore augmenté et le refoulement du cœur fait craindre des complications; je vois alors la malade avec le Dr Vincent et nous retirons 1,800 grammes environ d'un liquide transparent, verdâtre et sensiblement différent d'un liquide d'une pleurésie ordinaire. Nous faisons examiner ce liquide, dans lequel on ne nous signale que la présence de globules de pus. Ce liquide se reproduit rapidement et une nouvelle ponction devient nécessaire le 23. Je retire alors environ 1,200 grammes de liquide.

Je propose à la malade l'exploration de la plèvre qui est acceptée, mais je dois faire le 25 une nouvelle ponction de 1 litre environ.

Empyème et pneumotomie le 25 février 1892 [1]. — Le Dr Vincent donne le chloroforme et je suis assisté par le Dr Ledrain, de Loné.

Je pratique dans le septième espace intercostal une incision de 8 centimètres de longueur, puis j'ouvre la plèvre dans cette étendue. Il s'écoule une quantité assez considérable de liquide dans lequel flottent des débris floconneux; je pratique un lavage de la cavité pleurale, puis avec un large écarteur vaginal, j'écarte vigoureusement les côtes dans le but d'examiner l'état du poumon, il adhère à la paroi

[1] La malade s'était formellement refusée à toute résection costale, ce qui fut la raison du plan opératoire adopté.

costale, et sa face inférieure, très remontée, a un aspect lardacé et présente des sortes de débris membraneux qui ont l'aspect de blanc d'œuf cuit. Je songe aussitôt à un kyste hydatique du poumon, saisis l'organe avec des pinces de Museux, et pratique, aux ciseaux, une incision de plusicurs centimètres de longueur et de plusieurs centimètres de profondeur dans les tissus lardacés, friables, de la base du poumon, je pénètre dans une cavité et je place ensuite dans cette incision aussi profondément que je le puis, un gros tube de caoutchouc de 18 millimètres de diamètre et je le fais ressortir entre les côtes dans le point le plus rapproché du cul-de-sac costo-diaphragmatique. Le calibre du tube se trouve aplati par le rapprochement des côtes. Suture de la plaie à deux étages. Pansement à la gaze iodoformée et à la ouate de tourbe. Durée de l'opération, quarante-cinq minutes.

Examen des débris enlevés. — Je ne trouve pas d'hydatides, mais des débris de deux ordres, les uns ressemblant à des débris cellulaires sphacélés, les autres analogues à du blanc d'œuf cuit disposé en lamelles stratifiées. Le Dr du Rougeray, qui a bien voulu pratiquer l'examen histologique de ces débris, affirme l'existence d'un kyste hydatique du poumon; d'ailleurs cette opinion fut vérifiée dans la suite, par l'expulsion de nombreuses hydatides, puis par l'extirpation totale de la membrane.

Suites de l'opération. — La malade présenta une dyspnée intense avec cyanose les deux premiers jours après l'opération, cet état fut facilement amendé en fermant l'ouverture du tube; la plaie se réunit par première intention. Les fils sont retirés le 4 mars, mais le tube est laissé en place.

Chaque jour il s'écoule environ 50 grammes de liquide; à partir du 20 mars, on trouve chaque jour dans le pansement des débris d'hydatides dont l'expulsion empêche le bon fonctionnement du drainage. Les hydatides deviennent de plus en plus nombreuses, et je cherche par des injections de sublimé à en provoquer l'expulsion plus rapide, les injections de sublimé n'ont pas d'autre effet que d'amener une élévation de température de la malade.

Dans les premiers jours d'avril, l'état général de la malade devient moins bon, les hydatides sont expulsées au milieu d'un liquide purulent; la malade consent alors seulement à subir une opération définitive.

État de la malade avant l'opération. — Son état général est mauvais, elle a beaucoup maigri et est devenue extrêmement faible; sa température présente chaque soir une ascension (38°,5-39°); elle souffre de son côté.

Opération du 28 *avril* 1892. — Chloroforme par le Dr Vincent, je suis assisté par le Dr Bolognesi.

La malade étant couchée sur le côté sain, je pratique au-dessous de l'ancienne incision, sur la 8e côte, une incision de 12 centimètres que je recourbe en U à ses deux extrémités, je dissèque rapidement et soulève le lambeau musculo-cutané; puis je pratique la résection de la

8e côte sur une longueur de 12 centimètres, depuis son angle postérieur près de son insertion au cartilage; je résèque ensuite la 7e côte dans une égale étendue, puis la 6e sur une longueur de 10 centimètres seulement.

Dès que ces arcs rigides sont enlevés, la paroi s'affaisse comme entraînée vers la cavité thoracique.

Dans l'espace occupé par la 8e côte, j'ouvre ensuite le thorax largement, afin de pouvoir y introduire la main, je pénètre ainsi dans une cavité très profonde, creusée dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire.

Cette cavité renferme des débris de membranes, et il m'est très facile de décortiquer de ses parois la membrane du kyste que j'entraîne presque toute entière. Je nettoie avec soin la cavité pulmonaire dans laquelle j'établis un gros tube à drainage.

Cette cavité mesure en profondeur plus de 20 centimètres, et elle admet le poing fermé. Le tube placé à demeure mesure 18 millimètres de diamètre et 22 centimètres de longueur. Son extrémité externe est fixée comme toujours, dans un point de l'incision qui correspond au cul-de-sac costo-diaphragmatique.

Suture de la plèvre tout autour du tube, hémostase de la plaie thoracique et suture musculo-cutanée.

Pansement avec gaze iodoformée et ouate de tourbe. Durée de l'opération : 40 minutes.

Pièces. — La membrane du kyste est presque complète, elle peut coiffer le poing fermé.

La 7e et la 8e côte présentent dans le point où était le tube une double encoche, résultant de l'usure de l'os par la pression du tube en caoutchouc de la première opération.

Marche. — Extrêmement simple.

La température devient normale immédiatement et l'appétit renaît.

Les pansements sont changés tous les deux jours, les tubes raccourcis progressivement.

A la fin de mai, je pratique quelques lavages avec du sublimé au millième.

Le 8 juin, la cavité admet seulement 60 grammes de liquide et le tube mesure encore 16 centimètres de longueur. Je le raccourcis rapidement à partir de cette époque, et le supprime définitivement dans les premiers jours de juillet.

La malade est alors complètement guérie, elle engraisse rapidement et retrouve une santé parfaite ; je l'ai revue au mois d'avril 1893 en parfait état de santé. Son thorax présente une déformation en sorte de gouttière latérale suivant la direction des côtes. La respiration du poumon s'entend jusqu'au niveau de cette gouttière.

Les observations de kystes hydatiques du poumon traités et guéris par la pneumotomie et le drainage sont aujourdhui relativement nombreuses, et je n'aurais pas songé à communiquer cette

observation à la Société de chirurgie, si elle ne m'avait semblé présenter quelques points intéressants concernant, d'une part la chirurgie des kystes hydatiques en général, et d'autre part la chirurgie pulmonaire.

En ce qui regarde le traitement du kyste hydatique lui-même, nous voyons chez notre malade l'incision simple du kyste suivie du drainage rester sans résultat. Il est même probable que la malade serait morte de septicémie, si une opération plus radicale n'avait pas été pratiquée. Au contraire, cette opération radicale, consistant en l'extirpation complète du kyste, est suivie d'un résultat excellent et définitif.

Au point de vue du manuel opératoire, nous avons de tout point suivi les règles générales que nous avons formulées à la 6e session du Congrès de chirurgie au sujet d'une pneumectomie partielle pratiquée avec succès dans un cas de gangrène pulmonaire.

Le thorax a été ouvert très largement, de façon à permettre l'introduction facile de la main.

Plusieurs côtes ont été enlevées d'emblée dans toute l'étendue de leur arc costal, c'est-à-dire depuis l'angle de la côte jusqu'à son insertion antérieure au cartilage costal.

Le drain a été placé dans la cavité pulmonaire qui devait être drainée, mais de façon à drainer en même temps le cul-de-sac costo-diaphragmatique.

L'ouverture large du thorax est indispensable pour permettre l'exploration de la cavité thoracique et du poumon malade ; il faut que la main puisse être facilement introduite pour permettre d'agir à l'aise sur un poumon souvent rétracté vers son hile et plus ou moins éloigné de la paroi thoracique. Le but à atteindre est d'avoir toujours le poumon accessible, non seulement pour l'intervention elle-même, mais encore pour pouvoir remédier aux accidents qui peuvent se présenter, en particulier à l'hémorragie.

L'ablation de deux, trois ou plusieurs côtes dans la totalité de leur arc costal nous a toujours paru supérieure aux autres procédés destinés à obtenir l'affaissement de la paroi thoracique ; nous voulons parler des procédés d'Estlander, de Quénu et celui de Delorme. En effet, c'est toujours à la base du poumon que l'extension compensatrice de l'organe est le plus difficile à obtenir, et quand il existe des fistules intarissables après l'empyème, c'est presque toujours dans un point quelconque du cul-de-sac costo-diaphragmatique que l'on trouve une cavité plus ou moins grande qu'on n'arrive pas toujours à combler facilement, même par des opérations complémentaires. Il faut donc avant tout permettre au cul-de-sac costo-diaphragmatique de s'effacer et de disparaître par le retrait de la paroi, retrait rendu possible par l'ablation des

côtes dont le trajet répond dans l'ensemble au cul-de-sac costo-diaphragmatique. Or, ce résultat est obtenu quand on résèque les côtes dans toute leur étendue ; il se forme sur le côté du thorax une sorte de gouttière horizontale qui répond précisément au cul-de-sac costo-diaphragmatique. Ce cul de-sac, par suite, se trouve effacé, ce qui a pour conséquence de supprimer les clapiers et de permettre à l'expansion compensatrice du poumon de s'effectuer plus facilement, puisque la capacité à combler est plus petite d'une part, et que, d'autre part, la diminution de cette capacité thoracique porte précisément sur les points où l'extension pulmonaire s'effectuera le plus difficilement.

J'ai eu l'occasion d'employer cinq fois cette méthode, dans trois cas de pleurésies purulentes, dont deux fort anciennes, et dans les deux interventions sur le poumon que j'ai citées. Ces cinq malades ont tous guéri sans fistule et sans qu'une deuxième opération ait été nécessaire.

Discussion.

M. Berger. Au moment où M. Delagénière a ouvert la cavité pleurale, il a fait une injection dans cette cavité. A ce propos, je désire rapporter un cas dans lequel la mort a été rapidement la conséquence d'une injection pratiquée dans ces conditions. Il s'agissait d'une femme qui, pendant l'hiver, avait eu une pleurésie avec fièvre ; une fois même, il y eut une vomique peu abondante. Le médecin fit une ponction qui démontra l'existence de pus, et je fus appelé pour pratiquer l'opération de l'empyème. Après avoir confirmé le diagnostic par une ponction exploratrice, je fis une incision qui me conduisit sur la plèvre adhérente, puis dans le tissu pulmonaire lui-même, au sein duquel je rencontrai, à une profondeur de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, une collection purulente renfermant de nombreuses vésicules hydatiques. Il s'en écoula 2 à 300 environ ; l'incision du tissu pulmonaire fut agrandie, et le doigt introduit dans la poche sentit un petit orifice conduisant dans une seconde cavité. Cet orifice fut dilaté, soit avec le doigt, soit au moyen de pinces courbes, et l'on vit sortir encore de la seconde cavité de nombreuses vésicules hydatiques. C'est alors que je fis dans la poche des injections avec l'eau boriquée ; une première injection ramena de nombreuses vésicules ; mais au moment où je faisais une seconde injection, la malade fut prise d'une suffocation violente ; le liquide injecté et des vésicules hydatiques furent rejetés par la bouche ; en vain nous pratiquâmes la respiration artificielle ; la malade succomba rapidement, sans doute par suite de la réouverture de l'orifice de communication avec les

bronches qui s'était produit au moment de la vomique. Ce fait montre combien il faut être réservé en pareil cas sur l'emploi des injections.

M. Delagénière. Je ferai observer à M. Berger qu'au moment même de l'opération, j'ai pratiqué uniquement le lavage de la plèvre ; c'est plus tard seulement que j'ai fait des injections dans la cavité pulmonaire pour nettoyer cette cavité.

Rapport.

Recherches expérimentales sur l'électrolyse de l'urètre, par M. le Dr Desnos, ancien interne des hôpitaux.

Rapport par M. Tuffier.

L'électrolyse appliquée aux sténoses en général, et surtout aux rétrécissements du canal de l'urètre, n'a pas encore été l'objet de travaux ou de discussions dans notre assemblée. Cependant les essais thérapeutiques de cette méthode sont aujourd'hui nombreux, et le mémoire très intéressant dont vous m'avez confié le rapport peut nous fixer sur plusieurs points de cette question. Les éléments en ont été puisés au laboratoire de notre maître commun, M. Dastre, auprès duquel je travaille moi-même depuis une dizaine d'années.

Je resterai donc avec M. Desnos sur le terrain de l'expérimentation ; les documents contenus dans ce travail permettent de répondre aux deux questions capitales qui dominent toute l'histoire de ce moyen thérapeutique :

1° L'électrolyse pratiquée sur un canal sain peut-elle provoquer des lésions graves, et dans ce cas, quelles sont ces altérations ?

2° Cette méthode, appliquée à un rétrécissement expérimental, peut-elle le sectionner sans laisser de trace et sans chances de récidive ?

Avant d'examiner ces problèmes, je vous rappelle que deux procédés d'électrolyse sont actuellement appliqués. Ces deux procédés diffèrent surtout par l'intensité des courants employés.

Newmann emploie de très faibles intensités (1 à 6 milliampères) qui n'entament qu'une très faible épaisseur de la sténose ; la section est très limitée, si bien que de nombreuses séances sont nécessaires pour le débridement de l'obstacle.

Les autres chirurgiens recourent à des intensités plus grandes et détruisent le rétrécissement en une seule séance (8-10 à 20-25 milliampères).

M. Desnos a donc dû scinder la question en deux chapitres et étudier la question des courants forts ou faibles sur un canal normal.

L'instrument dont il s'est servi se compose d'une sonde creuse à travers l'œil de laquelle émerge le coude d'un fil de platine aplati formant une saillie de 8 millimètres de flèche.

Les animaux en expérience sont des chiens, et la partie de l'urètre choisie est celle qui succède à la portion osseuse. Le manuel opératoire consiste à lancer dans l'instrument un courant de 8 milliampères pendant dix minutes, puis un courant de 15 à 20 milliampères pendant cinq minutes ; ce sont les intensités habituelles à la méthode rapide. Le résultat a été très net. Soixante-quinze jours après l'opération, l'animal, très amaigri, est sacrifié ; le canal, qui présentait avant l'intervention un calibre n° 15, est rétréci au point électrolysé, si bien qu'il ne laisse plus passer qu'un crin de Florence ; la paroi du canal est transformée en une masse fibreuse, et tout l'appareil urinaire est distendu : vessie, uretère, reins sont dilatés.

Cette expérience, deux fois pratiquée, a donné deux fois les mêmes résultats. Il paraît donc évident que les courants de haute intensité, analogues ou même inférieurs à ceux qui sont employés chez l'homme, provoquent l'apparition d'une cicatrice fibreuse et rétractile sur le canal, c'est-à-dire un véritable rétrécissement.

En est-il de même des courants de faible intensité ? L'expérience semble démontrer que le résultat est absolument différent.

L'urèthre d'un chien soumis à des courants ne dépassant pas 4 à 5 milli-ampères, et dans les mêmes conditions expérimentales que précédemment, n'ont présenté à l'examen anatomo-pathologique aucune lésion immédiate ou lointaine, mais la section de la muqueuse était à peine visible malgré la prolongation de l'expérience.

Restait à savoir par quel processus se formait le rétrécissement. Pour cela, il suffisait d'abattre l'animal, après avoir fait passer un courant de 15 milli-ampères en un point de son canal; on trouve à ce niveau la muqueuse à peine altérée, mais il existe une ecchymose considérable, elle dépasse de 1 à 2 centimètres le trajet de l'instrument; c'est par un processus de véritable rétraction cicatricielle que la sténose semble se produire.

Messieurs, désirant vous apporter ici un rapport bien complet, j'ai examiné soigneusement les dessins et les pièces anatomiques de M. Desnos, elles me paraissent démonstratives. Aussi tout en regrettant que le nombre des expériences ne soit pas suffisant pour nous montrer toutes les étapes de ce rétrécissement et les différents degrés des lésions, nous nous croyons autorisés à dire que l'électrolyse appliquée pendant 10 à 15 minutes avec un courant

de 15 à 25 milli-ampères, provoque sur un canal sain un rétrécissement permanent de l'urètre avec toutes ses conséquences de rétrodilatations ; la même application avec des courants de 1 à 6 milliampères ne provoque aucune altération, mais n'entame la muqueuse que dans des limites très restreintes.

Il nous resterait à étudier les caractères biologiques de ce rétrécissement, son élasticité, son épaisseur, ses conditions de dilatabilité; ce sont des détails que l'auteur n'a pas étudiés.

Ce premier point acquis, abordons la question suivante :

L'électrolyse, pour être efficace, a-t-elle besoin de hautes intensités, et dans ces cas, expose-t-elle à une récidive ? Je trouve dans le travail de M. Desnos, une série d'expériences qui peuvent servir à l'élaboration de ce problème; toutefois, il y a là des conditions particulières d'expérimentation qui rendent les résultats moins précis.

Mais n'ayant qu'une expérience restreinte sur ce sujet, j'en laisse la responsabilité comme l'honneur à M. Desnos.

Un rétrécissement traumatique est d'abord obtenu par contusion du périnée au moyen d'un coin assez étroit pour aller blesser l'urètre derrière la portion osseuse. Du sang s'écoule par le méat, et vingt-cinq jours après cette contusion, le canal qui laissait passer une bougie 15, ne permet plus que le passage d'un n° 6. On pratique alors l'électrolyse du rétrécissement. Un courant de 12 milliampères provoque des douleurs assez vives pour nécessiter la chloroformisation ; le courant est alors porté à 25 milli-ampères, et ce n'est qu'après 35 minutes que le rétrécissement est franchi. Le lendemain, une bougie n° 14 passait librement; mais un mois après on ne passait plus qu'un n° 8, et trois mois après une bougie filiforme seule pouvait pénétrer.

L'animal est alors sacrifié et on trouve au niveau de la région électrolysée une masse fibreuse perforée d'un orifice qui laisse difficilement passer un n° 5.

Ce fait est intéressant et je regrette seulement que l'auteur nous offre un si petit nombre de faits expérimentaux, et qu'il n'ait pas consigné d'une façon suffisamment précise, les dimensions exactes de la sténose en épaisseur et en longueur, de même que les examens histologiques.

On comprend que si on voulait appliquer ces données à l'homme, c'est au procédé d'électrolyse à faible intensité qu'on devrait recourir, mais ce procédé est extrêmement lent, il nécessite des séances nombreuses qui laissent les malades en traitement pendant des mois. Vraiment, je cherche alors la supériorité du procédé sur la dilatation simple. Quant à l'électrolyse à haute intensité, c'est une méthode de section et voilà tout, elle ne met pas plus à

l'abri de la récidive qu'une dilatation simple, ou une section bien faite. M. Desnos fait suivre ces expériences de l'histoire de 26 malades électrolysés et l'ensemble des faits prouve bien que la récidive est la règle.

J'ajouterai que, pour apprécier ces résultats, il faudrait distinguer les variétés si nombreuses de rétrécissement uréthral, variétés qui ont chacune leur façon de réagir en face de la section ou de la dilatation. Il faudrait tenir compte de la longueur, de la consistance, de l'épaisseur, de l'ancienneté des lésions, voire même de leur cause. Peut-être alors trouverons-nous que certains rétrécissements sont justiciables de l'électrolyse.

Malgré ces quelques lacunes, que les difficultés et le long temps nécessité par l'expérimentation explique bien, je vous propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer son mémoire dans nos Archives.

Il existe des rétrécissements formant valvules, anneau, virole suivant leur étendue en longueur; nous connaissons les sténoses molles, dures, ligneuses suivant leur consistance, et il faut bien distinguer l'épaisse dégénérescence fibreuse du canal et du corps spongieux de l'infiltration simple muqueuse et sous-muqueuse, ou la simple induration de la trame première de l'urètre. Il n'est pas jusqu'à la vitalité même de ces coarctations qui ne joue un rôle; les unes difficiles à élargir, mais fidèles à la dilatation, les autres sont aussi aisées à réduire que difficiles à maintenir, et plus graves encore sont ceux qui cèdent sous le cathétérisme avec autant de docilité qu'ils mettent de persistance à revenir immédiatement sur eux-mêmes, véritables rétrécissements élastiques. Pour affirmer d'une façon réellement scientifique la valeur absolue ou relative d'une méthode thérapeutique, il serait nécessaire de tenir compte de chacun de ces facteurs d'anatomie et de physiologie pathologiques. Aussi tenant bon compte des deux expériences de M. Desnos, nous croyons qu'il serait nécessaire de multiplier les faits expérimentaux, de préciser les faits cliniques pour poser les indications et les contre-indications de ce traitement.

Les conclusions du rapport de M. Tuffier sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de malade.

Cicatrice douloureuse du cou. Persistance des douleurs pendant vingt-trois ans; disparition par une compression énergique.

Par M. Delorme.

Le nommé P... reçut en 1870-71, à Saint-Privat, plusieurs coups de feu. L'une des balles traça sur la partie latérale du cou un sillon cutané

superficiel de quatre centimètres d'étendue qui laissa une cicatrice douloureuse. Depuis vingt-trois ans, P... éprouva dans la partie latérale gauche de la tête et dans le moignon de l'épaule, sur le trajet des branches du plexus cervical superficiel, des douleurs aiguës, intermittentes, survenant à des intervalles rapprochés. L'hyperesthésie, à certains moments, est extrême : la moindre pression, la moindre traction exercées sur la cicatrice, rappellent les douleurs. Pendant ces périodes de paroxysmes douloureux, les muscles de l'épaule se contracturent, P... devient anxieux, irritable et énervé à l'excès.

Ce blessé subit sans succès divers modes de traitements qui ne permirent pas d'atténuer les douleurs : ablation de la cicatrice à la pâte de Vienne en 1872, au bistouri en 1876, au thermocautère et au galvanocautère en 1876-77, compression de la cicatrice par un appareil spécial en 1878 ; électricité, massage, bains, etc., etc. Je le vis il y a quatre mois et demi, pendant une période de douleurs aiguës. Après avoir employé des injections antiseptiques de solution phéniquée forte sans obtenir de résultat, j'eus l'idée de détruire le tissu nerveux de la cicatrice chéloïdienne par une compression des plus énergiques. Saisissant cette dernière entre le pouce et l'index de chaque main, je la pressai de toutes mes forces, au risque de déterminer des douleurs presque syncopales. Après deux séances espacées de quatre jours, les douleurs avaient complètement cessé, je pouvais pétrir la cicatrice sans déterminer une sensation même désagréable, la contracture des muscles de l'épaule avait disparu et progressivement la chéloïde s'affaissa. Depuis quatre mois et demi, comme vous pouvez le constater, ce résultat s'est maintenu alors que les répits que P... a présentés jusqu'ici n'avaient jamais duré que quelques jours.

Faut-il ajouter que, chez ce blessé, je n'ai relevé aucun symptôme d'hystérie ?

Présentation d'instrument.

M. Picqué présente, au nom de M. Moore (de Santiago), un *trocart spécial pour faire l'empyème d'urgence.* Il se compose d'un trocart fendu sur un des côtés permettant l'introduction dans cette fente d'un couteau ou d'un bistouri, avec curseur à manche pouvant limiter la pénétration du trocart.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 14 juin 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos du procès-verbal.

Traitement par l'électrolyse des rétrécissements de l'urèthre.

M. P. Reynier. J'ai écouté l'autre jour avec un grand intérêt le rapport de M. Tuffier, sur les expériences que M. Desnos a entreprises pour vérifier l'action de l'électrolyse sur la muqueuse uréthrale. M. Desnos nous a montré qu'avec des courants de faible intensité on n'obtenait aucun résultat appréciable, qu'il fallait des courants d'intensité forte, et qu'alors si on produisait des escarres, ces escarres étaient suivies d'une cicatrice rétractile, qui produisait des rétrécissements ultérieurs.

Or, cette année, sollicité peut-être par tout le bruit qu'on a fait dans ces derniers temps à propos de la guérison des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse, j'ai été amené à essayer ce mode de traitement sur un certain nombre de malades de mon service. Les résultats de ma pratique hospitalière sont en partie concordants avec ceux qu'a donnés l'expérimentation à M. Desnos. C'est pourquoi je désire vous les communiquer.

J'ai opéré par l'électrolyse neuf rétrécissements. Ces rétrécissements siégeaient tous dans la portion membraneuse de l'urèthre, à 9 centimètres au plus du méat, et il ne pouvait y avoir aucun doute possible sur le diagnostic.

J'ai le soin d'insister tout particulièrement sur ce point. Car lorsqu'il s'agit d'expérimenter un traitement nouveau, il est im-

portant de ne le faire que sur des lésions bien déterminées. Il faut se défier de certaines erreurs de diagnostic, qui sont peut-être plus communes qu'on ne le croit. Il y a certains cas de spasme de l'urèthre, qui simulent des rétrécissements, et dont le diagnostic peut embarrasser même les plus exercés. Dernièrement on m'envoyait de province pour être uréthrotomisé, un jeune homme de 25 ans, qui deux ans auparavant avait eu une blennorhagie au régiment. Il y a un an il avait été pris subitement de rétention d'urine. Le médecin, qui avait été appelé, avait pu cette première fois faire cesser cette rétention en le sondant avec une sonde d'argent. Cette année, au mois de janvier, les mêmes accidents le reprenaient, et cette fois le médecin ne put passer qu'une bougie filiforme. Il crut à un rétrécissement, et me l'envoya dans mon service. A l'entrée du malade j'essayai de passer une bougie olivaire qui fut arrêtée à 13 centimètres du méat; inutilement j'essayai un Béniqué, et ne pus arriver à passer qu'une bougie n° 3. Étant donnés les commémoratifs, les symptômes d'hystérie que présentait le malade, anesthésie pharyngienne, exaltation particulière, le siège profond du rétrécissement, je pensai, sans toutefois oser affirmer mon diagnostic, à un rétrécissement spasmodique du sphincter prostatique. Le lendemain j'endormais le malade, et à peine endormi je passais avec la plus grande facilité des bougies n°s 40, 42, 44. Je n'avais affaire qu'à un spasme.

Or, ces cas méritent d'être connus, car on comprend que chez de pareils malades on puisse avoir avec tout traitement nouveau ou ancien des résultats merveilleux.

J'ai opéré mes neuf malades, tous avec l'uréthrotome électrolyseur de M. Fort, qui dans ces derniers temps a le plus vanté ce mode de traitement, et en me servant de la pile à courants continus avec galvanomètre de Chardin. Tous mes malades vingt-huit heures auparavant ont pris par mesure de prudence du sulfate de quinine, et tous quelques jours avant la séance d'électrolyse avaient été mis à l'usage interne du salol, — 4 grammes dans les vingt-quatre heures, dans le but d'aseptiser, autant qu'on le peut, les voies urinaires.— Enfin, chez tous, avant d'introduire l'uréthrotome électrolyseur, j'ai fait des lavages de l'urèthre avec la solution boriquée.

Obs. I. — Le premier sur lequel je pratiquai l'électrolyse était un homme de 34 ans, auquel en novembre 1891 j'avais fait l'uréthrotomie interne, pour un rétrécissement très serré et très dur de la portion membraneuse, siégeant à 9 centimètres du méat. Quand il m'avait quitté au mois de décembre, il passait des bougies Béniqué n°s 44 et 45.

Le 9 avril, le malade me revenait avec un rétrécissement presqu'aussi serré que la première fois, n'admettant qu'une bougie n° 4. Devant

ce retour si rapide du rétrécissement, je résolus d'avoir recours à l'électrolyse, avec l'espérance d'avoir un résultat plus durable.

Le 9, le pôle négatif dans l'urèthre, la plaque positive sur le ventre, je fis une première tentative. Pendant dix minutes je fis passer des courants de moyenne intensité ne dépassant pas 15 à 20 milliampères.

L'uréthotrome parut à peine s'enfoncer, et n'osant pas la première fois aller plus loin, je remis au lendemain une nouvelle séance.

Le lendemain je recommençais, en effet, mais en atteignant des intensités plus fortes, allant jusqu'à 30, 35 et, un moment, 40 milliampères. Au bout de quinze minutes l'uréthrotome sur lequel j'appuyais très fortement sectionna le rétrécissement. Le malade, malgré de la cocaïne que j'avais injectée dans le canal, accusa des douleurs assez vives pendant toute la séance.

Le rétrécissement sectionné, je ne mis pas de sonde à demeure.

Pendant cinq jours il n'y eut aucun accident, aucune élévation de température.

Le sixième jour il y eut un frisson avec élévation de température; je fis donner du sulfate de quinine et mis une sonde à demeure en gomme, nº 18, qui entra facilement. Le malade, dix jours après, quittait l'hôpital sans avoir eu d'autres malaises.

J'ai eu l'occasion de revoir ce malade pendant plus d'un an. Le rétrécissement qui, à la suite de l'uréthrotomie, s'était reproduit si vite, n'avait pas, au bout d'un an après l'électrolyse, reparu.

Cela serait donc une observation à citer en faveur de l'électrolyse. Mais on peut dire que le malade ayant été uréthrotomisé antérieurement était peut-être dans des conditions plus favorables, pour qu'une nouvelle intervention, quelle qu'elle fût, eût des résultats plus durables.

Obs. 2. — Mon deuxième malade était un homme de 71 ans qui avait eu deux blennorhagies, dont la dernière à 40 ans. Pas de syphilis. En 1880, le malade s'aperçut pour la première fois, que la miction était difficile. Il eut à cette époque de l'infiltration d'urine, pour laquelle il entra chez M. Duplay, qui lui fit, à Lariboisière, l'uréthrotomie externe. Au bout de deux mois, nous dit-il, il quittait le service complètement guéri. En 1890 il se forma un abcès, puis une fistule au niveau de l'ancienne cicatrice périnéale. La fistule ne laissait passer que quelques gouttes d'urine. Il entra dans mon service en avril 1892 pour en être guéri.

26 *avril*. — A l'exploration de l'urèthre on constate à son entrée un premier rétrécissement à 3 centimètres du méat, admettant une bougie nº 5, un deuxième au niveau du collet du bulbe à 8 centimètres du méat, un peu en avant de la fistule périnéale, qui est petite, et ne laisse pénétrer qu'une bougie très fine. Ce deuxième rétrécissement est très serré, long; toute la paroi inférieure de l'urèthre est à ce niveau transformée en une masse fibreuse, sur une longueur approximative

d'un centimètre. Introduction d'une bougie filiforme, qu'on laisse à demeure.

Le 28 avril, deux jours après l'introduction de cette bougie, je peux introduire une bougie n° 4 ; je fais alors l'électrolyse, après avoir préalablement lavé avec une solution boriquée l'urèthre, et injecté une seringue de Pravaz d'une solution de cocaïne au vingtième.

Au bout de cinq minutes, avec des courants de 20 milliampères, le premier rétrécissement est sectionné assez facilement, et sans grande douleur. Mais il n'en est pas de même du deuxième. Après vingt minutes de tentatives, pendant lesquelles j'emploie des courants allant jusqu'à 40 milliampères, qui font souffrir le malade, je suis obligé de retirer l'uréthro-électrolyseur, qui n'a guère pénétré de plus d'un ou deux millimètres.

Je remets une nouvelle bougie à demeure, n° 4.

Le 30 avril, deux jours après cette première tentative infructueuse, je recommence une séance d'électrolyse, et employant des courants de 30 à 25 milliampères, j'ai la satisfaction de voir mon instrument sectionner au bout de dix minutes le rétrécissement.

En retirant l'instrument, il s'écoule un peu de sang. Je fais immédiatement un lavage boriqué, et place une sonde à demeure n° 16.

3 *mai.* — L'urine ne coule plus par la fistule. Quelques filets mucopurulents dans l'urine, température normale depuis l'opération.

5 *mai.* — Le malade a eu pendant la nuit de fréquentes envies d'uriner ; les attribuant à l'irritation produite par la sonde, je retire la sonde.

10 *mai.* — Pendant cinq jours aucun accident, lorsque sans que le malade ait été sondé, le 10 mai, douze jours après la séance d'électrolyse, le malade, à la suite d'une miction, a un violent frisson, et sa température monte à 38°,8. Nous sommes induits à mettre ce frisson, et cette température sur la chute de l'escarre produite par l'électrolyse.

Je mets une nouvelle sonde à demeure.

11 *mai.* — Température, 37°,7.

12 *mai.* — Le mieux se continue, j'enlève la sonde le 15 mai.

20 *mai.* — Je passe une série de Béniqué jusqu'au n° 44.

Il quitte le service quelques jours après, sa fistule complètement fermée, et urinant facilement. Je ne l'ai pas revu.

Obs. 3. — Ch. Alex..., 34 ans, entre dans mon service le 4 juillet 1892.

Rétrécissements multiples de l'urèthre.

Rétrécissement très serré à 8 centimètres du méat.

On passe une bougie filiforme, qui est remplacé au bout de deux jours par une n° 4.

Le 11 juillet on pouvait passer une bougie n° 5. Je fis une première séance d'électrolyse en prenant toutes les précautions signalées plus haut, salol à l'intérieur, lavage boriqué, injection de cocaïne. Pendant quinze minutes je fais passer inutilement des courants atteignant jusqu'à 40 milliampères, et ne voyant pas l'instrument s'enfoncer ni

franchir le premier rétréeissement qui est à 5 contimètres du méat, je renonce à franchir eettc fois le rétrécissement.

Le 14, la température monte à 37°,8.

Le 15, température matin, 37°; le soir, 38°. Nous eonstatons un gonflement de la verge.

Le lendemain nous ouvrons sur le dos de la verge un petit abeès lymphangitique. La température revient à la normale.

Le 18, nouvelle séance d'élcctrolyse, qui permet avec des courants de 30, 35 milliampères, de franchir le premier rétrécissement. Pas de sonde à demeure.

Le 21, nouvelle séance d'électrolyse. Au bout de quatre minutes, cette fois, on franchit avee des courants de 30 milliampères le rétréeissement. Sonde à demeure.

Aucun aceident. La sonde est enlevée au bout de huit jours. Passage de bougies le quatorzième jour, jusqu'au n° 48, le malade sort guéri le 3 août.

Obs. IV. — La..., 29 ans, entre dans mon serviee, le 25 janvier 1853, pour un rétrécissement blennorrhagique siégeant dans la portion membraneuse à 9 centimètres du méat, admettant une bougie n° 5.

Pendant quatre jours, il prend 4 grammes de salol et, le 30 janvier, je lui fais une séance d'électrolyse. Au bout de douze minutes, avec des courants ne dépassant pas 35 milliampères, je passe assez facilement. Le malade ne saigne pas. Pas de sonde à demeure. Pas d'aecidents conséeutifs. Le 15 février, je passe une série de Béniqué, et, le 18 février, il quittait le serviee complètement guéri.

Obs. V. — For..., 68 ans, entre dans le service, le 28 février 1892. Il urine goutte à goutte avec de violents efforts et des douleurs violentes à l'extrémité de la verge. Depuis trois mois, il s'est aperçu qu'il urinait avec plus de difficulté.

Légère hypertrophie de la prostate constatée au toucher reetal.

Une bougie à boule est arrêtée à 9^{cm},5 du méat par un rétrécissement, qui admet toutefois une bougie n° 8.

Le 5 mars, séance d'éleetrolyse, avec des courants de 30 à 35 milliampères. On passe au bout de 10 minutes. Pas de sonde à demeure. Aucun accident à noter. Le 17 mars, passage de béniqués, renouvelé le 19 mars. On introduit jusqu'au 48. Le malade sort guéri, urinant facilement. Je ne l'ai pas revu.

Obs. VI. — Ch. Cl..., 43 ans, entre dans le service, le 10 août 1892. Blennorrhagie, il y a dix-huit ans, qui n'a jamais été guérie complètement; il a conservé une goutte militaire. Depuis quinze mois, il s'aperçoit qu'il urine difficilement. A son entrée, on est arrêté avec la bougie à boule olivaire à 8^{cm},5 du méat par un rétrécissement, qui admet une bougie n° 4.

Le 12 août, passage de la bougie n° 5. Le 16 août, n'ayant pu gagner plus de deux numéros, la bougie n° 7 ne pouvant s'engager, je lui fais l'électrolyse. Au bout de douze minutes de courants de 30 à 35 milliam-

pères, je franchis le rétrécissement. Pas de sonde à demeure. Aucun accident pendant huit jours ; le neuvième jour, le malade est pris de frissons, et sa température monte, je mets la sonde à demeure et je donne du sulfate de quinine. Le lendemain, la température est redevenue normale; les urines sont un peu troubles. Salol à l'intérieur.

26 *août*. Les urines sont redevenues claires, la température normale. Ablation de la sonde à demeure. Passage de béniqués.

30 *août*. Le malade est guéri et urine facilement, on peut lui passer le 48 de la série Béniqué.

Obs. VII. — Mig..., 42 ans, entre dans le service, le 12 octobre 1892. Blennorrhagie en 1875, traitée par les injections de sulfate de zinc.

Depuis six à sept mois, mictions lentes, fréquentes, nécessitant de grands efforts. Incontinence d'abord diurne, puis nocturne.

Le 12, l'examen du malade nous fait reconnaître un premier rétrécissement, très dur, à 5 centimètres du méat; ce rétrécissement laisse passer une bougie olivaire n° 6, qui est arrêtée dans la région membraneuse par un second rétrécissement très serré, dur, qui ne se laisse franchir que par une bougie filiforme. On laisse cette bougie à demeure pendant quatre jours.

Le 17, l'introduction d'une bougie n° 5 étant possible, nous faisons une séance d'électrolyse, faisant passer des courants de 25 à 30 milliampères pendant douze minutes. On sectionne le premier rétrécissement à moitié. La séance est très douloureuse.

Quand on retire l'uréthro-électrolyseur, il s'écoule du sang. Cette uréthrorrhagie persiste pendant toute la journée. Nous essayons inutilement de passer une petite sonde; le second rétrécissement non sectionné ne le permet pas.

Vers 2 heures, le malade est pris d'un grand frisson. Sulfate de quinine, 75 centigrammes. Le lendemain matin, température, 38°,8. Voyant cette fièvre, et pensant que le meilleur moyen de l'arrêter est de passer le plus vite possible une sonde à demeure, je lui fais l'uréthrotomie interne et laisse une sonde n° 18.

Aucun accident à la suite. La fièvre tombe dès le lendemain. Le malade s'en va un mois après guéri.

Obs. VIII. — Ep..., 45 ans, 24 juillet 1892. Blennorrhagie, il y a dix ans, a conservé longtemps un écoulement. Depuis dix mois, il s'aperçoit qu'il urine plus difficilement, et qu'il est obligé de faire des efforts. Depuis quelques jours, accidents de rétention incomplète, incontinence d'urine, fréquents besoins d'uriner.

A l'examen, on est arrêté à 8 centimètres du méat par un rétrécissement qui n'admet qu'une bougie n° 1, qu'on laisse à demeure.

Le 26 juillet, passage d'une bougie n° 3 laissée en place.

Le 28 juillet, on peut passer une bougie n° 4. Séance d'électrolyse, avec des courants de 10 à 25 milliampères; au bout de dix minutes, j'arrive à franchir le rétrécissement.

Pas de sonde à demeure. Aucun accident. Passage de béniqués

quinze jours après. Le malade s'en va guéri, pouvant être sondé avec une sonde nº 21.

Obs. IX. — Th. Joseph, 64 ans, entre en avril 1892. Blennorrhagie en 1856, soignée pendant cinq semaines avec des injections quotidiennes de nitrate d'argent. Il n'a pas eu d'autre blennorrhagie. Il y a douze ans, il entre à l'hôpital Necker, où on lui fait une dilatation de l'urèthre. Il ne peut nous dire s'il a été uréthrotomisé. Depuis six mois, les mictions ont augmenté et le malade ne peut plus uriner qu'avec de grands efforts.

L'explorateur à boule est arrêté à 2 centimètres du méat par un rétrécissement très serré, qui n'admet qu'une bougie filiforme, qu'on laisse à demeure.

9 *avril*. Le rétrécissement laissant passer une bougie nº 4, nous tentons une première séance d'électrolyse. Après quinze minutes d'un passage de courant de 35 à 40 milliampères fort douloureux pour le malade, nous sommes obligés d'y renoncer.

11 *avril*. Nouvelle séance aussi infructueuse. Toutefois, l'instrument, paraît s'enfoncer un peu après vingt minutes de courant de 35 milliampères. En retirant l'instrument, il s'écoule un peu de sang.

Le lendemain, la verge est tuméfiée, rouge, le malade se plaint de douleurs en urinant. Le soir, température, 38°,8.

Le 12 avril, frisson. Devant ces accidents, nous renonçons à franchir avec l'électrolyse, et nous endormons le malade pour faire l'uréthrotomie interne, le 13 avril.

Le soir, grand frisson; sulfate de quinine.

16 *avril*. Les urines sont troubles, purulentes, et restent ainsi pendant plusieurs jours.

20 *avril*. Ablation de la sonde à demeure en gomme rouge que j'ai laissée à demeure après l'uréthrotomie. Nouveaux accès de fièvre, qui nécessitent la pose d'une nouvelle sonde à demeure. Continuation du régime lacté; salol à l'intérieur; sulfate de quinine.

26 *avril*. Ablation de la sonde à demeure. Les urines, tout en étant encore un peu troubles, se sont notablement éclaircies.

2 *mai*. Passage de béniqués, renouvelé tous les jours jusqu'au nº 49.

10 *mai*. Le malade quitte le service urinant facilement, mais ayant toujours les urines un peu troubles, ce symptôme paraît dû à quelque lésion rénale, qu'a fait naître très probablement notre intervention.

Telles sont nos observations. Si nous les résumons, nous voyons que, pour franchir un rétrécissement serré, il nous a fallu toujours des intensités de courant assez fortes de 25 à 40 milliampères. Le passage de ces courants est douloureux. Si le médecin n'avait pas pour lui le charme de l'électricité qui, par son côté mystérieux, plait aux malades, sûrement ceux-ci ne supporteraient pas d'autres traitements les douleurs que l'électrolyse provoque. Ces douleurs durent pendant un temps assez long, puisqu'il m'a fallu des séances de dix, quinze minutes pour franchir le rétrécissement.

Sur quatre malades, j'ai pu réussir en une seule séance; mais sur trois, il m'a fallu deux ou trois séances; et sur deux malades, j'ai dû renoncer, pour recourir à l'uréthrotomie interne. Enfin, sur mes neuf malades, j'ai eu six fois des accidents, frissons, abcès, lymphangite, malgré les précautions antiseptiques prises. Ces accidents m'ont toujours paru correspondre à la chute de l'escharre.

Ces résultats ne sont donc pas très encourageants; et si on les compare à ceux que donne de nos jours l'uréthrotomie interne, l'avantage reste sans conteste à cette dernière. La douleur dans cette dernière opération est de plus courte durée, et on se met plus aisément à l'abri des accidents infectieux, la réaction inflammatoire étant moindre qu'à la suite de l'électrolyse, surtout quand on est obligé d'avoir recours à des courants de forte intensité. Resterait seulement à l'actif de l'électrolyse, d'après ses défenseurs, la guérison plus durable. Je ne peux malheureusement pas me prononcer, mes malades ayant été opérés il y a un an seulement, je n'ai pas les éléments nécessaires pour discuter ce point. Une seule observation, la première, pourrait toutefois venir à l'appui de cette opinion. Mais les expériences de M. Desnos paraissent la contredire. Je ne vois donc plus ce qui nous engagerait à abandonner l'uréthrotomie interne pour l'électrolyse.

M. Moty. Je crois qu'on ne doit pas condamner l'électrolyse urétrale d'après les résultats des tentatives entreprises jusqu'ici. Si l'on s'en tenait à l'électrolyse linéaire ou à l'électrolyse à boules, la méthode présenterait bien des inconvénients et n'aurait que peu de chances d'entrer en parallèle avec l'urétrotomie interne. Mais le dernier mot n'est pas dit et voici le résumé d'une observation qui vient à l'appui de ce que j'avance.

K..., soldat au 155e de ligne, entre le 28 février à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce pour un rétrécissement de l'urètre datant de deux ans et survenu à la suite d'un coït pendant la période aiguë d'une blennorragie. Il y eut à cette époque déchirure de l'urètre enflammé, suintement de sang, rétention d'urine et phlegmon périurétral; depuis, le rétrécissement s'est accusé de plus en plus et une cystite douloureuse s'est produite; il y a quinze mictions par nuit.

Nous constatons trois rétrécissements, facilement reconnaissables par la palpation : le plus inférieur répond à la première courbure de l'urètre et par conséquent au point déchiré pendant le coït; il est long de cinq centimètres, de consistance fibreuse et peu douloureux à la pression.

Une bougie extrêmement fine ne passe pas d'abord, mais en recourbant sa pointe, je réussis enfin à franchir les rétrécissements; le premier est irrégulier, son axe ne coïncide pas avec celui de l'urètre et sa direction n'est pas rectiligne. Les jours suivants, je réussis et j'échoue

successivement dans mes tentatives de catéthérisme, sans rien gagner d'ailleurs.

Le 3 avril, je passe une petite boule n° 8 sans conducteur, après une heure d'efforts.

Le 13, ne réussissant pas à dilater avec les boules, je prends le couteau galvanique et je passe assez facilement la petite lame et immédiatement après une boule n° 10.

Le 16, même opération et boule n° 13.

Le 18, couteau moyen et boule n° 18.

Le 21, j'essaie de passer avec la boule n° 17, mais sans succès.

Le 25, je trouve le rétrécissement enflammé et la température du malade légèrement élevée (38°,4) ; je lui prescris des injections d'eau blanche à + 45°.

Le 29, l'inflammation a cédé, mais je ne passe qu'une bougie en gomme n° 12, tandis que j'avais passé jusqu'à 14, du 18 au 21.

Je me trouvais donc au commencement de mai, après deux mois, à un point de dilatation très insuffisant et j'avais en perspective une récidive rapide. M. Danion m'offrit alors d'appliquer sur mon malade un nouveau procédé d'électrolyse basé sur la diffusion du courant au travers du rétrécissement, non plus au moyen de boules métalliques, mais par l'intermédiaire d'une couche de liquide.

L'appareil, que l'on peut improviser à la rigueur, avec une sonde de caoutchouc à bout coupé, se compose en principe d'une bougie un peu rigide, terminée par une olive creuse en porcelaine percée de 8 à 10 gros trous, un fil métallique isolé traverse la bougie comme un mandrin et aboutit dans l'olive où son extrémité nue vient baigner dans l'eau salée.

Un robinet ou une pince maintiennent le liquide dans la bougie pendant son introduction.

J'acceptai la proposition que voulait bien me faire M. Danion, et, le 5 mai, après lavage de l'urètre à l'eau boriquée, j'appliquai sa bougie armée comme je l'ai dit et du calibre 16 environ sur le rétrécissement de mon malade.

Nous passâmes progressivement de 6 à 30 milliampères, sans que le malade ressentit une douleur comparable à celles que lui causaient les boules avec 8 à 10 milliampères ; au bout de dix minutes, je sentis céder le rétrécissement et je le franchis lentement, puis ensuite une bougie n° 20, puis une seconde du n° 22 passèrent sans difficulté.

Le malade est sorti le 17 mai en très bon état et passant le n° 20.

Ce résultat est encore trop récent pour être démonstratif. Rien ne prouve que la récidive ne se fera pas. Mais il faut remarquer que ce malade avait passé deux mois à l'hôpital, quelque temps auparavant, et qu'il avait été considéré comme inopérable par l'urétrotomie interne. On remarquera de plus que la dilatation progressive ne justifiait pas son nom chez lui, et enfin que l'uréthrotomie interne, devenue possible à ce moment, a été remplacée

par une opération courte, non douloureuse, et des suites immédiates les plus heureuses et les plus complètes.

M. Tuffier. Les observations que mes collègues viennent de présenter touchent à plusieurs points de la thérapeutique des rétrécissements et je ne puis entrer dans ce débat. Sans doute, l'histoire du spasme simulant une sténose est intéressante, mais elle est bien étudiée et je féciliterai seulement le malade de M. Reynier d'avoir échappé à l'électrolyse, car son spasme eût été changé en une vraie sténose post-opératoire. Je ne puis pas davantage discuter ici la question du salol comme antiseptique urinaire. Pour ma part, je ne crois pas à ses effets et je n'ai jamais lu, ni jamais vu, un seul fait dans lequel une urine primitivement septique ait été de ce fait rendue bactériologiquement aseptique. La preuve scientifique de son efficacité nous manque. L'infection rénale et vésicale résistent à son emploi, et les améliorations obtenues en pareils cas tiennent à d'autres causes.

Les faits d'électrolyse qui ont été rapportés sont plus remarquables ; leur ensemble prouve bien que cette méthode ne met aucunement à l'abri des accidents immédiats et consécutifs, locaux ou généraux. Je laisse de côté les infections provoquées par l'opération en elle-même. Mais ce que je retiens, c'est qu'il est nombre de sténoses qui ne sont pas justiciables de cette méthode, c'est surtout qu'elle ne met pas à l'abri de la récidive.

L'observation de M. Moty est intéressante ; elle vient à l'appui de ce que je vous disais dans la précédente séance. Les variétés de rétrécissement sont très nombreuses, et au point de vue thérapeutique nous ne pouvez pas comparer cette induration si épaisse et si serrée qu'elle ne peut être vaincue par l'électrolyse ou l'urétrotomie, à une simple bride valvulaire. Dans ces cas d'épais noyaux fibreux, je crois que l'urétrectomie est la méthode de choix. Voici, à cet égard, un fait que j'ai observé et qui est analogue à celui de M. Moty.

Rétrécissements dans la fraction pénienne et dans la région périnéale. — Urétrotomie interne du premier rétrécissement. — Impossibilité de sectionner le second. — Urétrectomie de nécessité. — Récidive du premier rétrécissement. — Guérison définitive du second.

Charles S..., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 2 septembre 1892, dans le service de M. Th. Anger, suppléé par M. Tuffier.

Ce malade a eu deux blennorragies, l'une en 1872, l'autre en 1879. En 1880, il contracte une syphilis pour laquelle il est soigné à l'hôpital du Midi.

En 1881, il commence à uriner avec difficulté, mais néglige cependant de se soigner et ne se décide à entrer à l'hôpital qu'en 1886, lors-

qu'il ne peut absolument plus uriner. Il subit à ce moment l'urétrotomie interne et sort bientôt après parfaitement guéri, mais néglige complètement dès le deuxième mois de faire dilater son canal.

Jusqu'au mois de juin 1892, il urine tant bien que mal, mais à cette époque il commence à éprouver des douleurs et des difficultés pendant la miction, auxquelles succède une rétention complète pour laquelle il entre dans notre service le 2 septembre 1892.

A son entrée à l'hôpital, le malade n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures. La vessie est fortement distendue, et la région hypogastrique très douloureuse. Une bougie filiforme est passée non sans difficulté, et permet d'évacuer ainsi le contenu de la vessie. Mais le surlendemain, la sonde s'étant déplacée, je me décide à pratiquer l'urétrotomie interne. Je sectionne d'abord facilement un premier rétrécissement pénien, mais arrivé dans la région périnéale, je suis arrêté par un deuxième rétrécissement, que la lame de l'urétrotome refuse de franchir. Je retire alors l'instrument en laissant à demeure une bougie filiforme, et le surlendemain je pratique une incision périnéale de 5 centimètres et je chemine jusqu'au-dessus du bulbe vers l'olive de ma bougie. Je trouve une masse fibreuse ayant environ un centimètre et demi de longueur; je l'isole, et je sectionne transversalement et complètement le canal en avant de cette masse. J'ouvre alors l'urètre derrière le rétrécissement après m'être bien assuré qu'il était tout à ce niveau, je le coupe transversalement en ayant soin de passer deux fils dans la muqueuse du bout postérieur. Je dissèque et j'extirpe complètement, totalement, la masse fibreuse et le canal qu'elle contient. Suture à la soie fine par 6 points des deux bouts du canal. Je commence par suturer la paroi supérieure, puis je mets une sonde en gomme dans le canal avant de fermer la paroi inférieure. Suture en étage du périnée au catgut. Suture de la peau au crin de Florence. Sonde à demeure. Aucun incident opératoire. Réunion complète le neuvième jour. J'enlève les fils et la sonde à demeure.

Mon malade, revenu au mois de mai dernier, présente un fait fort curieux. Le rétrécissement de la portion pénienne ne laisse plus passer qu'un nº 10, et sa dilatation poussée jusqu'au 15, nous permet de constater que la région périnéale opérée par urétrectomie n'a pas trace de récidive.

M. Reynier. M. Tuffier nie la puissance antiseptique du salol dans les maladies des voies urinaires. Depuis deux ans je l'emploie à la dose de 4 grammes pendant un temps suffisamment prolongé, et je vois sous son influence les urines devenir noires comme à la suite de l'emploi de l'acide phénique, en même temps qu'elles cessent d'être purulentes.

Communication.

Ostéomyélite chronique d'emblée chez une jeune fille de 16 ans, ayant déterminé la nécrose diaphysaire totale et la fracture spontanée de l'humérus gauche, l'infiltration purulente de tout le membre et ayant nécessité la désarticulation scapulo-humérale.

Par M. Paul Berger.

Il est peu d'affections dont les variétés aient été décrites avec autant de précision que l'ostéomyélite et il semble difficile de trouver un cas qui ne puisse rentrer dans une des catégories où l'on a rangé ses diverses formes. L'observation présente montre cependant qu'il y a des faits qui, par leur évolution, trompent les prévisions fondées sur les connaissances les mieux établies, et qui attendent encore leur place et une étude particulière dans l'histoire des maladies infectieuses dont les os peuvent être le siège.

Marie P..., âgée de 16 ans, fleuriste, avait été prise, au mois de septembre dernier, de douleurs assez vives et presque continuelles dans le bras gauche; ces douleurs se calmaient un peu la nuit, et ne l'avaient pas déterminée à interrompre ses occupations.

Vers la fin de janvier seulement, elle commença à constater une légère tuméfaction siégeant à la région supéro-externe du bras; cette tuméfaction s'accrut bientôt, gagnant toute la circonférence du membre; les douleurs devinrent plus intenses et plus continues et quoiqu'il n'y eût pas de fièvre et que l'état général ne fût pas altéré, Marie se détermina à entrer à l'hôpital le 14 mars 1893 (salle Denonvilliers, n° 5).

La petite malade était un peu pâlie, un peu fatiguée ; sa santé paraissait d'ailleurs peu altérée; la température, pendant les quelques jours qui s'écoulèrent jusqu'à la première opération, oscilla entre 36°,8 et 37°,5.

Le bras gauche était le siège d'une tuméfaction notable, sans changement de coloration de la peau qui était mobile. Cette tuméfaction appartenait à l'humérus et aux couches environnantes ; elle était fusiforme, à peu près circulaire, quoiqu'elle prédominât un peu plus vers la région externe et postérieure du bras. Elle occupait environ le tiers moyen de l'humérus, et elle s'accompagnait d'une fluctuation profonde d'abord assez obscure, mais qui devint bientôt très manifeste.

Le siège de cette tuméfaction, ses caractères, l'absence d'antécédents scrofuleux me firent admettre l'existence d'une ostéomyélite chronique d'emblée ayant déterminé la formation d'un abcès sous-périostique.

Le 21 mars 1893, je fis une incision de 8 centimètres environ sur la

région postéro-exterue du bras, au niveau de la tuméfaction. — Je traversai le triceps et je pénétrai dans une cavité sous-périostique, d'où s'écoula une très notable quantité de pus. L'humérus était dénudé et isolé daus toute sa circonférence; en quelques points cependant, de petits ponts périostiques traversaient la cavité et rattachaient l'os à sa paroi. La surface de l'humérus était rugueuse. Après avoir complètement évacué et lavé avec soin la cavité sous-périostique, j'attaquai l'os avec une gouge à main; il était très friable. J'atteignis aisément le canal médullaire que j'ouvris sur une longueur de 3 à 4 centimètres; il ne renfermait pas de pus, mais le tissu médullaire ne saignait pas et présentait une coloration noirâtre. Je pensai qu'il s'était produit une nécrose totale de l'os en ce point, et je résolus d'attendre pour agir suivant les indications que fournirait la marche de l'affection.

Le foyer et la cavité centrale de l'os furent irrigués, touchés au naphtol camphré, tamponnés avec de la gaze à l'iodoforme.

Dès le lendemain de cette opération, la fièvre apparut et, pendant quelques jours la température dépassa notablement 38°; le quatrième jour néanmoins celle-ci commença à diminuer et jusqu'au 7 avril la malade resta presque sans fièvre.

Ce fut à cette époque que la température recommença à s'élever et que tous les signes d'une fracture spontanée de l'humérus se montrèrent. Le membre fut aussitôt immobilisé dans un appareil plâtré fenêtré, et tous les deux jours le pansement de la plaie fut renouvelé. Celle-ci ne donnait issue qu'à une faible quantité de liquide et plutôt à de la sérosité trouble qu'à du pus. Cependant son aspect était blafard et peu satisfaisant; en même temps la tuméfaction du membre augmentait et la peau commençait à présenter une coloration rouge.

Les soins les plus minutieux furent donnés en vue d'assurer la désinfection du foyer et le libre écoulement des liquides; cependant le gonflement du membre se prononçait de jour en jour et commençait à gagner l'avant-bras et la main; les douleurs gagnaient en intensité, l'état général commençait à s'altérer.

Vers le premier mai j'enlevai l'appareil plâtré pour faire une inspection minutieuse du membre. Je le trouvai extrêmement gonflé, la peau présentait une coloration rouge violacée, la plaie était couverte d'un enduit grisâtre. Nulle part cependant on ne trouvait d'accumulation de pus en foyer, la pression ne faisait refluer aucun liquide par la plaie. Celle-ci laissait pénétrer les instruments jusqu'au contact des fragments qui étaient dénudés sur une très large étendue.

Sachant qu'une intervention opératoire me conduirait à la résection totale de la diaphyse et peut-être au sacrifice du membre, et, dans la première de ces hypothèses même, ne pouvant guère compter sur la régénération périostique, dans les conditions d'âge où se trouvait la malade et avec la forme que présentaient les lésions, je me résignai à différer encore : je remis un autre appareil plâtré, que le gonflement général du membre m'obligea à enlever le 8 mai; le membre fut placé dans une gouttière. A ce moment la tuméfaction du

bras était énorme, les parties molles faisaient saillie hors de la plaie dont la coloration était grisâtre et qui donnait issue à de la sérosité trouble et fétide, malgré les injections au naphtol camphré que l'on faisait quotidiennement dans sa profondeur. Des hémorragies assez sérieuses commençaient à se produire à chaque pansement; la température s'éleva le 9 mai à 39°, le 10 à 39°,5, le 11 à 40°,5 : la malade était en pleine septicémie et souffrait de douleurs intolérables.

Le 12 mai je me résolus à pratiquer l'extraction de l'os nécrosé. Je m'attendais à être forcé de recourir à une résection diaphysaire totale, peut-être au sacrifice du membre. Ce fut cette dernière prévision qui se réalisa.

L'incision externe ayant été prolongée jusqu'à la région deltoïdienne et conduite jusqu'à l'os dans toute sa longueur, je constatai que celui-ci était divisé en un grand nombre de fragments, six ou huit au moins, complètement séparés les uns des autres, très friables et se brisant sous la moindre pression. Je commençai à en extraire quelques uns, mais aussitôt l'hémorragie, qui avait été très abondante dès la première incision, devint telle que je pus croire un instant que l'artère humérale avait été lésée par un des fragments. Il n'en était rien cependant; l'écoulement sanguin se faisait en nappe et par toute la surface de la plaie et du foyer de nécrose. Je fis comprimer l'artère axillaire pendant que j'inspectais rapidement ce foyer. Aussi loin que le doigt et les instruments pouvaient atteindre, je trouvai l'os dénudé, nécrosé, réduit en fragments. Toutes les parties molles étaient le siège d'une infiltration purulente diffuse qui avait envahi le périoste et les couches environnantes, les muscles, les espaces intermusculaires; les muscles notamment, n'étaient plus reconnaissables, ils se laissaient écraser par la pression du doigt et quelques-uns d'entre eux étaient réduits en une bouillie grisâtre.

Immédiatement je décidai de pratiquer la désarticulation scapulo-humérale. Pour arrêter la perte du sang, la plaie fut tamponnée et fortement comprimée avec une bande : le moignon de l'épaule fut nettoyé avec soin et l'amputation fut faite en quelques instants par le procédé de Larrey, l'artère axillaire ainsi que la veine ayant été liées aussitôt après la division de la paroi antérieure de l'aisselle et préalablement à la section du paquet vasculo-nerveux. On fit une réunion complète avec drainage de la partie inférieure de la plaie. La malade pendant cette opération ne perdit pas 30 grammes de sang.

Elle supporta à merveille les suites de la désarticulation ; un peu déprimée, les deux premiers jours, elle se remit bientôt et n'eut jamais ni douleurs, ni fièvre. Le drain de l'aisselle fut enlevé le 6e jour ; l'opérée put se lever le 8e; le 12e on retirait les points de suture, et sauf un peu de suintement purement séreux qui se faisait encore par l'orifice du drain, la guérison par première intention était complète, fait d'autant plus important à noter que la désarticulation de l'épaule avait été pratiquée en pleine septicémie et au voisinage immédiat d'une région gravement infectée. L'opérée a quitté l'hôpital 15 jours après l'opération. — Son état général ne laissait rien à désirer; le

moignon scapulaire était souple, bien mobile, bien pourvu de parties molles et nullement douloureux. — On lui fait construire un membre artificiel.

Nous connaissons deux grandes classes d'ostéomyélites infectieuses : l'ostéomyélite aiguë, caractérisée toujours par de la fièvre, un état général plus ou moins grave, localement par la suppuration sous-périostique et médullaire, et par la nécrose totale ou partielle de l'os transformé en séquestre : c'est à cette sorte d'ostéomyélite que se rattachent les nécroses totales des diaphyses et les fractures spontanées qui en sont la conséquence. D'autre part, il est des ostéomyélites chroniques qui sont tantôt consécutives à l'ostéomyélite aiguë — ce sont les *ostéomyélites prolongées* — qui, dans des cas plus rares, se développent d'emblée (*ostéomyélite chronique d'emblée*), soit chez l'enfant et l'adolescent, soit, dans les cas plus rares, chez l'adulte. Ces ostéomyélites chroniques conduisent aux hypérostoses, aux nécroses encapsulées, aux abcès et aux faux abcès des os. On voit, parfois, l'ostéomyélite chronique donner lieu à des retours d'infection aiguë qui évoluent comme les ostéomyélites aiguës les plus inteuses : j'en ai ici même cité des exemples [1] : mais ce que je n'ai jamais vu, quoiqu'il m'ait été donné d'observer par moi-même presque toutes les variétés connues d'ostéomyélite, ce que je n'ai jamais trouvé même dans les descriptions que j'ai eues sous les yeux, c'est une ostéomyélite déterminant sans fièvre et sans phénoménes généraux les lésions les plus graves de l'ostéomyélite infectieuse aiguë, l'abcès sous-périostique, la nécrose totale de la diaphyse et la fracture spontanée. Chez notre malade, il n'y a eu de fièvre qu'à partir de la première opération, et celle-ci a permis de constater le décollement de la circonférence entière du périoste et la nécrose totale de l'os baigné dans le pus et dont le tissu médullaire mortifié n'était même pas suppuré. Ces lésions colossales s'étaient produites lentement, sourdement, sans fièvre et presque sans douleur. Cette observation est donc un exemple rare, sinon presque unique, d'une ostéomyélite chronique d'emblée ayant déterminé les lésions les plus graves de l'ostéomyélite aiguë.

Un point curieux à relever, dans ce fait insolite est le suivant : Jusqu'au moment où l'on pratiqua l'évacuation de la collection sous-périostique par une incision, non seulement la malade resta sans fièvre, mais tous les phénomènes locaux parurent concentrés dans l'os et autour de lui et nettement limités par le périoste qui les circonscrivait ; le membre, malgré la tuméfaction profonde

[1] *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, nouv. sér., t. XIV, p. 77, 25 janvier 1888.

dont il était le siège, ne présentait ni changement de coloration, ni œdème; les mouvements étaient conservés et leurs agents musculaires paraissaient indemnes. A partir du moment où le foyer purulent eût été mis en communication avec l'extérieur par une incision pratiquée avec toutes les précautions les plus strictes, la fièvre s'alluma et une suppuration diffuse envahit le membre entier, infiltrant aussi bien les muscles que les espaces inter-musculaires. Il est certain que l'incision, quelque large qu'elle eût été et malgré qu'elle eût permis l'évacuation complète du pus et la désinfection, en apparence radicale, du foyer, a eu une influence nuisible sur la marche de l'affection en permettant aux éléments infectieux de franchir la barrière protectrice que leur opposait le périoste et d'envahir tous les tissus du membre. L'agent infectieux, dans ce cas, devait posséder une virulence toute particulière si on en juge par les altérations destructives qu'il avait déterminées partout où s'était porté son action, telles les fractures spontanées multiples qui témoignèrent d'une désintégration totale de la trame organique de l'os — telle aussi cette transformation des muscles eux-mêmes en une bouillie puriforme où l'on ne retrouvait presque plus trace de leur texture.

Je regrette de n'avoir pu faire faire l'examen bactériologique du pus de l'abcès, de la substance médullaire de l'os, de l'infiltration purulente du membre. L'absence de laboratoire, à l'hôpital Lariboisière (c'est honteux à confesser pour le plus vaste et le plus actif des hôpitaux de Paris) nous rend presque impossible ce genre de recherches : il eût été intéressant de constater les associations microbiennes qu'on eût constatées dans une variété d'ostéomyélite qui n'a pas encore été décrite.

L'hémorragie que la malade a présentée au cours de l'opération d'extraction des séquestres, mérite au moins une mention à cause de son intensité et de son caractère diffus ; c'était bien une de ces hémorragies en nappe dont M. Verneuil a démontré la relation avec l'infection septique. Son abondance ici dépassait tout ce que j'eusse pu supposer, au point d'en imposer tout d'abord pour une lésion de l'artère principale du membre.

Pour ce qui est du traitement, je me demande ce qu'on eût pu faire pour prévenir la perte du membre à laquelle ma petite malade a dû la conservation de l'existence.

L'incision jusqu'à l'os, la trépanation, l'évidement de l'humérus, pratiqués dès le début auraient peut-être pu couper court à la marche envahissante de l'infection, mais au moment où je suis intervenu, l'incision a été plus nuisible qu'utile. Aurais-je dû avoir recours à ce moment à la résection totale de la diaphyse ? La régénération de l'humérus par son périoste, à l'âge de notre malade,

me semblait fort problématique; il me paraissait probable qu'en pratiquant prématurément cette résection, le défaut de réparation, l'impossibilité de se servir d'un membre dépourvu de son squelette, contraindrait tôt ou tard de recourir à l'amputation; je résolus donc d'attendre pour extraire les séquestres que la formation de couches osseuses nouvelles aux dépens du périoste commençât à suppléer à la portion du squelette que j'étais forcé de supprimer: l'aggravation rapide des accidents ne me permit pas de réaliser ce projet, et en présence de la tournure imprévue qu'ils présentèrent, il ne me resta plus qu'à pratiquer la désarticulation du membre. Quelque affaiblie que fût la malade au moment où je dus m'y résoudre, les suites de l'opération furent remarquables par leur simplicité; grâce à des précautions d'autant plus minutieuses que le membre était le siège d'une infection plus intense, la réunion complète par première intention fut obtenue : en moins de dix jours, la malade était guérie après avoir vu dès les premières vingt-quatre heures tomber complètement la fièvre et l'état septique grave dont celle-ci était l'indice.

Ce qui doit surtout ressortir de cette observation, c'est le caractère insidieux de certaines ostéomyélites chroniques dans lesquelles l'absence de fièvre n'exclut pas l'existence d'une infection septique des plus actives et qui peuvent amener lentement et d'une manière en quelque sorte latente, la production des lésions les plus étendues et les plus profondes qui jusqu'à présent paraissaient être l'apanage des formes suraiguës de l'ostéomyélite.

Présentation de malades.

M. Larger présente une malade atteinte d'*aï douloureux* produit par une chute sur la paume de la main, et dont le siège est celui qu'il a décrit autrefois.

M. Tuffier montre un malade opéré il y a un an pour une *appendicite avec péritonite généralisée;* il a fait la résection de l'appendice et pratiqué l'ablation d'un corps étranger. A la suite de l'opération, il s'est produit une éventration dont la guérison a été obtenue par la résection de la cicatrice, et la suture isolée des plans de la paroi.

M. Richelot présente une petite fille d'un mois portant une *tumeur congénitale de l'avant-bras gauche.*

« Cette enfant, dit-il, m'a été amenée par mon ami M. le docteur Weill, médecin de l'hôpital Rothschild. Son interne, M. Hecht, a bien voulu me remettre la note suivante. Je soumets le fait à la Société de chirurgie et serais heureux d'avoir votre avis sur la nature de cette tumeur et sur le traitement qu'on peut employer. »

Camélia Stal, âgée de 1 mois.

Le père de cet enfant est âgé de 26 ans, il est imprimeur, il est enfant jumeau, son frère est mort à l'âge de 5 ans du croup, sa mère a eu trois autres grossesses non gemellaires. La mère est busquetière, âgée de 20 ans, elle ne connaît pas de grossesses gemellaires dans sa famille.

Elle a eu trois grossesses antérieures:

La première fois elle a fait une fausse couche de deux mois et demi, elle affirme avoir expulsé deux fœtus.

Elle a fait une deuxième fausse couche de quatre mois à la suite d'une chute.

La troisième grossesse est arrivée à terme, l'enfant, bien constitué, est âgé aujourd'hui de 20 mois.

La sœur aînée du mari a eu deux grossesses gemellaires.

L'enfant Camélia Stal âgé de 1 mois est né à terme, il s'est présenté en oiga. Mme Maës que j'ai interrogée est la sage-femme qui a fait l'accouchement; elle me dit qu'elle a vu deux poches des eaux.

L'enfant est d'ailleurs bien conformé, les bras des deux côtés mesurent 12 centimètres de circonférence; l'avant-bras droit mesure 11 centimètres de circonférence tandis que l'avant-bras gauche en mesure 18, l'avant-bras de ce côté a la forme d'un manchon de consistance assez dure, recouvert de poils du côté de l'extension. Ce manchon est bien limité aux deux extrémités de l'avant-bras où l'on voit une empreinte que l'on croirait faite à l'aide d'un lien.

Les deux mains ont sensiblement les mêmes dimensions.

Présentation d'instruments.

M. Félizet présente un nouveau modèle de petites *aiguilles à suture.* L'aiguille plate de Hagedorn, dit-il, présente l'avantage de faire dans les tissus, une ouverture *incisée*, dont l'axe étant tendu par la striction du fil, les lèvres se rapprochent dans les conditions les plus favorables pour une réunion première solide et *imperceptible.*

C'est sur ce principe que j'ai fait construire, il y a dix ans, par M. Collin, une aiguille à manche fixe, que plusieurs d'entre vous

ont adoptée et qui a, sur l'aiguille de Reverdin, l'avantage d'une grande simplicité et d'une aseptisation parfaite.

L'aiguille d'Hagedorn nécessite l'emploi d'un porte-aiguille spécial et ce porte-aiguille *ne présente l'aiguille que dans la position de l'angle droit*, position incompatible avec les divers mouvements à exécuter. Ces aiguilles sont d'ailleurs courbes, et courbes d'un rayon excessivement petit.

La petite aiguille que M. Collin m'a établie, est droite, demi-droite ou courbe. C'est une aiguille *à la douzaine*, qui se manœuvre avec le porte-aiguille ordinaire, avec une pince ou avec le doigt, en en recevant toutes les inclinaisons que l'on veut. Elle est tranchante, dans son sixième antérieur, sur son bord convexe, à la façon d'une rapière.

Le dos est arrondi et la tige, aplatie dans le sens de la prise, a un calibre légèrement inférieur au pourtour de la partie tranchante, de telle sorte qu'une fois la ponction faite, l'aiguille s'engage et passe sans frottement.

Le chas est large et évasé en deux rigoles facilitant l'enfilement. Pour vous donner une idée de l'innocuité du tranchant, qui pourrait effrayer *à priori* quelques-uns d'entre vous, je vous demande la permission d'exécuter avec cette aiguille un petit artifice emprunté à l'art du sellier et dont je fais depuis longtemps usage.

En traversant deux fois la soie ou le catgut avant d'enfiler le chas, vous voyez que l'aiguille ne peut pas s'échapper et que la solidité du fil n'est pas compromise. Cette expérience vous montre que le tranchant de l'aiguille ne sert qu'à faciliter la pénétration de l'aiguille, sans détruire, en quoi que ce soit, le tissu du fil que l'aiguille a traversé deux fois.

Présentation de pièce.

M. Reclus présente un *appendice iléo-cœcal* enlevé par lui, et qui avait déterminé une inflammation péri-cœcale, bien qu'il n'y eût pas de perforation.

La séance est levée à 5 heures moins 10 minutes.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 21 juin 1893.

Présidence de M. PÉRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. TERRIER, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Lettre de M. le Président du Congrès pour l'étude de la tuberculose, annonçant que ce Congrès se tiendra du 25 juillet au 2 août 1893, et priant la Société de chirurgie de désigner un de ses membres comme délégué (M. Reclus est désigné).

A propos du procès-verbal.

Note sur l'électrolyse de l'urètre.

M. GUELLIOT (de Reims). Depuis le mois de décembre 1890, j'ai traité quinze rétrécissements divers de l'urètre par l'électrolyse linéaire.

Un premier fait facile à constater, c'est que l'électrolyse est absolument inoffensive ; jamais je n'ai observé ces accès de fièvre dont parle M. Reynier.

Une fois seulement, j'ai eu un léger accident. C'était chez un malade porteur de deux rétrécissements, l'un large, à quatre centimètres du méat, l'autre plus étroit (calibre n° 6), à douze centimètres. L'électrolyseur franchit facilement le premier, mais incomplètement le second ; je pus cependant, en forçant un peu, passer immédiatement une bougie n° 20. J'avais certainement achevé par une déchirure la section commencée par l'électrolyseur, car le malade eut une hémorragie assez abondante et, le soir, un accès unique de fièvre.

Un autre fait non moins certain, c'est que l'électrolyseur n'agit pas seulement, comme on l'a dit, en dilatateur, mais qu'il sectionne véritablement en détruisant une bande de tissu. J'en ai eu la preuve sous les yeux.

Ayant à traiter un homme atteint d'une atrésie du méat datant de huit ans et consécutive à une ulcération, j'ai, en deux séances, c'est-à-dire en vingt minutes et avec des intensités de 8 à 15 milliampères, coupé complétement la cicatrice avec l'électrolyseur et rendu son calibre normal à un méat qui n'admettait que des bougies filiformes : on voyait les tissus blanchir et crépiter pendant que l'instrument s'enfonçait lentement. La guérison s'est maintenue depuis un an.

Contre les rétrécissements facilement dilatables et que l'on traite ordinairement par la dilatation progressive, l'électrolyse peut être employée si le canal est particulièrement sensible ou si l'on a besoin d'aller vite. J'ai ainsi électrolysé, en juin 1891, un jeune homme qui était à la veille d'un mariage et n'avait pas le temps de suivre un traitement prolongé ; je l'ai revu il y a quelques jours, deux ans après l'opération : le canal a gardé son calibre normal.

Quant aux rétrécissements durs, fibreux, longuement et irrégulièrement canaliculés, ils ne sont pas entamés par l'électrolyseur, du moins avec les instruments et les intensités préconisés par M. Fort. J'en ai fait plusieurs fois l'expérience : l'urétrotomie est seule capable de les guérir, au moins provisoirement.

Entre ces deux variétés, prennent place toutes les coarctations difficilement ou très lentement dilatables, celles aussi qui se laissent distendre jusqu'aux numéros 14 ou 16 sans qu'on puisse arriver à une dilatation complète. Ce sont des *cas limites* que les uns traitent par la dilatation fréquemment répétée, d'autres par la dilatation brusque ou par l'urétrotomie interne. Quel que soit le procédé employé, le rétrécissement revient vite si le patient ne s'astreint pas à des cathétérismes périodiques. L'électrolyse a eu plus de prétentions ; on a dit qu'elle préservait, mieux que les autres méthodes, des récidives ; or, celles-ci sont souvent précoces ; on en trouvera la preuve dans les quelques observations suivantes :

I. — Rétrécissement n° 12. *Électrolyse* le 8 décembre 1890 ; en juillet 1891, récidive ; la dilatation ne peut se faire que jusqu'au n° 13, à cause des accès de fièvre qui suivent chaque cathétérisme. Deuxième *électrolyse*, sans fièvre.

II. — Rétrécissement n° 9. *Électrolyse* le 30 décembre 1890 ; passage facile d'un n° 20. Récidive dès le mois de mars 1891, mais dilatation rapide jusqu'au 20. Le malade ne se sonde pas. En mai 1893, rétrécissement filiforme ; *urétrotomie interne.*

III. — Rétrécissement ancien. Dilatation lente, jusqu'au n° 18, à l'hôpital Tenon, en 1888. En 1889, même traitement à Reims, jusqu'au n° 17. En 1891, on ne peut dilater que jusqu'au n° 13. *Électrolyse* le 12 janvier 1891 ; bougies n°s 17, 19 et 20.

Le malade ne se sonde pas. En novembre 1892, rétrécissement dur n'admettant qu'un n° 8. *Électrolyse* difficile, incomplète ; résultat nul. Quelques jours après, *urétrotomie interne.*

IV. — Rétrécissement ancien, traité en 1886, par M. Desprès, qui dilate jusqu'au n° 16. En 1891, la dilatation s'arrête au n° 9. *Électrolyse* le 18 août 1891. Pas de cathétérisme par le malade. Récidive en 1892, un an après ; dilatation difficile jusqu'au n° 14. Le malade subira prochainement l'*urétrotomie interne.*

J'ai choisi ces cas déjà anciens et qui ont pu être suivis assez longtemps. La récidive est survenue dans un délai qui a varié de trois mois à deux ans ; aucun des rétrécis ne s'était sondé dans l'intervalle. Donc, pas plus que les autres procédés, l'électrolyse ne met à l'abri des récidives. Elle a l'avantage d'être inoffensive et de donner un très bon résultat immédiat, à condition de ne l'employer que contre les rétrécissements ni trop serrés, ni trop longs, ni trop durs, ceux-ci restant justiciables de l'urétrotomie.

Salol et antisepsie urinaire.

M. Reynier. Dans la dernière séance, M. Tuffier relevait dans ma communication la pratique, que j'ai depuis longtemps, de faire prendre du salol aux malades que je dois opérer, dans le but d'aseptiser leurs voies urinaires.

A ce propos il contestait l'action du salol, et ne paraissait pas douter de son inefficacité. Cette opinion qui s'appuie très probablement sur un travail récent de M. Albarran, mais qui est contraire à celle de la majorité des auteurs qui se sont occupés de la question, mérite d'être discutée.

Dans un travail important paru dans le *Bulletin thérapeutique* du 30 septembre 1891, M. Egasse relevait les noms de ceux qui ont vanté l'action du salol dans la thérapeutique des voies urinaire, et leur nombre s'accroît chaque jour.

Si M. Albarran n'a pas vu de grands changements se produire dans l'urine de trois femmes atteintes de cystite et de pyélonéphrite, par contre, Leichenfeld de Berlin l'a employé avec succès à la dose de 2 à 3 grammes contre le catarrhe purulent de la vessie, il a reconnu qu'il rendait l'urine acide ; et il le vante dans la myélite avec paralysie de la vessie et alcalinité de l'urine. Manford le préconise dans la fièvre urinaire. Lenaers, Demne, Bazy, Ernest Lane

de Londres à la suite de Ferdinand Dreyfous, ont employé également avec succès le salol dans les urétrites.

J'ajouterai que moi-même j'ai vu, par l'usage prolongé du salol, des malades pisseurs de pus, voir leur pyurie s'amender. Je sais bien qu'on pourra toujours contester ces résultats en disant que ces malades ont été mis au régime du lait, au repos, et dans des conditions éminemment favorables pour leur amélioration.

Il est en effet fort difficile de faire exactement la part de ce qui revient à chacun de ces facteurs dans l'amélioration obtenue; et comme le fait remarquer M. Tuffier, on n'a que des améliorations et pas de guérisons définitives par l'usage du salol.

Est-ce une raison pour contester l'action de ce médicament. Je ne le crois pas. Ce n'est pas parce qu'un médicament ne tue pas tous les microbes, comme le ferait la chaleur ou un acide fort, qu'on doit nier ses qualités aseptiques. Connaissez-vous une substance antiseptique, qui fasse disparaître le pus d'une plaie qui suppure ? qui arrête une infection commencée? L'iodoforme, le sublimé, à 1/1000, l'acide phénique à 1/20 jouissent-t-ils de ces propriétés? Devons-nous pour cela les décrier? Non, car si aux doses maniables, ces substances ne sont pas antiseptiques dans le sens propre du mot, elles n'ont pas moins une action indéniable sur nos tissus, transformant ceux-ci en milieux impropres pour le développement des microbes. Ils ne tuent pas ceux qui y sont, mais ils empêchent de se développer ceux qu'on pourrait y mettre; s'ils n'ont pas un rôle antiseptique, ils ont un rôle aseptique. Or, quand je donne à mes malades du salol, qui s'élimine par les urines sous forme de salicylates et sulfophénates, j'ai la prétention, non pas de faire disparaître le pus de l'urine comme le demande M. Tuffier, mais d'aseptiser une urine non infectée, et de la rendre moins propre au développement des microbes que, malgré toutes mes précautions antiseptiques, mon opération pourrait introduire.

Or, ce rôle d'aseptiseur ne me paraît pas niable.

Si vous faites l'analyse de l'urine des malades auxquels vous donnez du salol, vous décelez presque toujours avec le perchlorure de fer, la présence de l'acide salicylique; souvent l'urine prend la teinte noire caractéristique de la présence de l'acide phénique. Et si vous laissez cette urine à l'air ainsi que l'a fait Sahli, vous la verrez moins rapidement se putréfier qu'une urine d'un malade qui n'aurait pas pris de salol.

Je crois donc que la pratique de donner du salol aux malades, peut avoir son utilité, et comme le salol est plus facile à digérer que le borax, qu'on peut employer dans le même but, je donne la préférence à ce premier médicament.

Sur l'appendicite.

M. Reclus. A la fin de la dernière séance, j'ai mis sous vos yeux un appendice vermiculaire dont j'avais pratiqué l'extirpation quelques jours auparavant. La pièce en elle-même ne présente d'ailleurs rien de très remarquable : l'organe, du volume et un peu de la forme d'une olive, formait, grâce à un rétrécissement situé près de sa racine, une tumeur kystique ne communiquant plus avec le cæcum ; il n'y avait point de corps étranger dans sa cavité, mais un mucus jaunâtre peu abondant ; la séreuse et la musculeuse étaient très épaissies ; la muqueuse était plutôt atrophiée, mais en aucun point nous n'y avons constaté de trace d'ulcération ou de perte de substance ; ici la perforation habituelle faisait donc défaut. J'ai le regret d'ajouter que l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué et j'ignore s'il existait des colibacilles en migration dans les parois.

Telle était la pièce et voici le résumé rapide de l'histoire du malade sur lequel elle a été extirpée : il s'agit d'un comptable de 32 ans dont les antécédents sont un peu douteux du côté de la tuberculose ; on ne saurait ni la nier, ni en affirmer l'existence. La première crise d'appendicite date du mois d'août 1892. Notre homme fut pris tout à coup, peut-être à l'occasion d'un refroidissement, d'un malaise général avec frissons erratiques ; puis éclatent de brusques douleurs localisées dans la fosse iliaque droite ; les souffrances durent huit jours et le malade s'alite, mais il n'a ni vomissements, ni météorisme, ni constipation, ni diarrhée et la fièvre aurait été nulle. Au bout de quinze jours les douleurs disparaissent et son médecin se flattait d'avoir guéri cette typhlite, — car tel était alors le diagnostic porté.

Mais on était loin de compte : cinq mois plus tard, dans le courant de janvier 1893, une crise nouvelle éclate, en tout semblable à la première ; même début à la suite d'un refroidissement, mêmes malaises, mêmes frissons erratiques, même douleur bénigne dans la fosse iliaque droite ; la souffrance cependant paraît être moins fixe et s'irradie dans tout le ventre, quoique avec un retentissement plus fort du côté de l'S iliaque. Mais pas plus dans cette attaque que dans les précédentes, on ne note ni vomissements, ni troubles digestifs, diarrhée ou constipation, et les tracés thermométriques n'accusent aucune ascension de température. Notre collègue et ami Moutard-Martin soumet le malade au régime lacté qui produit de bons effets : peu à peu les souffrances s'apaisent pour disparaître complètement, et le 15 mars, lorsque notre patient quitte la Pitié, pour la seconde fois la guérison semble définitive.

L'illusion devait être de peu de durée, car même avant la fin du mois, dès le 26 mars, le malade rentra à la Pitié pour une troisième crise en tout semblable aux deux précédentes. Au bout de quelques jours, comme l'état restait stationnaire et que la fosse iliaque était soulevée par une tuméfaction des plus nettes, M. Moutard-Martin nous confie le malade. Je trouvai, en effet, sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque, une masse indurée du volume d'une mandarine, profondément située en arrière du cæcum dont la percussion révèle la sonorité. Cette tumeur est douloureuse, et si les souffrances spontanées, fixes dans la fosse iliaque ou irradiées vers la cuisse, sont devenues rares, les douleurs provoquées sont vives. Nous concluons à l'existence d'une appendicite à répétition et, malgré l'absence de phénomènes alarmants et d'accidents aigus, nous proposons d'intervenir.

Je pratique l'incision classique et j'arrive sur le cæcum dont la face extérieure est libre, sans adhérences avec la séreuse pariétale ouverte; je protège les anses intestinales avec une compresse aseptique et je me porte en dehors, décollant peu à peu et avec de grandes précautions le bord extérieur et la face postérieure du cæcum de ses adhérences avec le péritoine pariétal. J'arrive enfin sur l'appendice et, en le séparant des néo-membranes qui l'enveloppent en arrière, je vis le pus sourdre de la fosse iliaque et je finis par ouvrir une collection purulente située derrière le cæcum, sur le feuillet péritonéal qui a triplé de volume. Il s'agissait d'un abcès pérityphlitique postérieur, la variété la plus commune des suppurations appendiculaires. L'appendice bien dégagé, fut lié et suturé, l'abcès vidé et désinfecté, sa poche drainée; les suites de l'intervention furent des plus simples et, à cette heure, la guérison totale nous paraît obtenue.

Plusieurs renseignements précis paraissent se dégager de cette observation; d'abord elle plaide en faveur de la thèse que je défendais ici avec l'appui de quelques-uns de mes collègues; elle tend à établir que l'extirpation de l'appendice est en général simple et innocente. Ce fait s'ajoute à ceux que Quénu avait relevés dans sa statistique et où l'ablation du processus au cours d'une crise ou pendant une période d'accalmie se passe sans provoquer le moindre accident; pour cette intervention, la mortalité paraît vraiment réduite à zéro. Terrier et Cassin ont publié dans la *Gazette hebdomadaire* une observation fort semblable à la nôtre et dont la lecture m'a d'autant plus intéressé que j'avais été consulté par le malade et que j'avais conclu, comme mes collègues, à l'extirpation de l'appendice.

Un deuxième point, pour moi le plus important, celui sur lequel j'insistai le plus dans ma communication de l'année dernière, c'est

qu'il faut se méfier des prétendues guérisons obtenues par le traitement médical. Sous l'influence d'une thérapeutique rationnelle, régime lacté et opium, les douleurs disparaissent; tout rentre dans l'ordre habituel, la tumeur même qui se dessinait dans la fosse iliaque diminue et l'on se félicite d'avoir évité les ennuis et les dangers d'une opération lorsque, tout à coup, une régression nouvelle vient prouver le mal fondé de cette espérance. Certes, nous ne nions pas que des guérisons définitives aient été obtenues, nous pourrions même citer un cas personnel où, après quatre crises manifestes d'appendicite, les accidents ont disparu depuis trois ans. Mais nous voudrions savoir si de pareils cas ne constituent pas l'exception.

Un troisième point est relatif au peu de concordance entre la bénignité des symptômes observés chez mon opéré et la gravité des lésions révélées par l'ouverture du ventre. Il n'y avait eu comme signe d'appendicite, que la brusque douleur de la fosse iliaque, mais les troubles digestifs, les vomissements, la constipation, le météorisme, tous les signes péritonéaux, la fièvre même avaient fait défaut; or cette absence de température n'avait pu empêcher une volumineuse collection purulente de s'amasser dans la fosse iliaque. Nous trouvons là une confirmation nouvelle de nos assertions de l'année dernière; toutes les fois que l'appendicite se traduit par une tuméfaction appréciable de la fosse iliaque, le pus y est déjà collecté.

Enfin, voici une observation nouvelle où l'on voit un abcès s'amasser autour de l'appendice sans que cet organe soit perforé. Les microbes pathogènes, les coli-bacilles ont traversé la paroi, je ne dis pas intacte, — elle avait subi au contraire de profondes modifications, — mais du moins continue à elle-même et ne présentant en aucun point de perte de substance ou de solution de continuité. Il est regrettable qu'un examen bactériologique n'ait pas été pratiqué, vu l'état général douteux du malade : les soupçons de tuberculose que nous laissent une ancienne pleurésie et des rhumes répétés plusieurs fois chaque hiver rendent peut-être probable quelque altération méconnue de l'appendice, des colonies de bacilles de Koch analogues à celles que le professeur Cornil aurait si fréquemment trouvées depuis qu'il dirige ses investigations dans ce sens.

M. Nélaton. M. Tuffier a présenté, dans la dernière séance, une malade opérée par lui pour une péritonite suppurée à la suite d'une appendicite. Il y a trois mois, j'ai eu l'occasion d'intervenir dans un cas semblale chez une petite fille de 9 ans ; j'ai fait la laparotomie, j'ai trouvé un calcul dans l'appendice, et j'ai pratiqué le

lavage et le drainage de la cavité péritonéale. L'enfant a guéri. M. Reclus demande qu'on lui cite des cas où la maladie s'est manifestée sous la forme de récidives subintrantes. Or, dans le cas que je viens de rapporter, il n'y avait eu auparavant aucun trouble pathologique. En une année, j'ai pu observer trois cas semblables où la péritonite suppurée est survenue d'emblée. Dans ces cas de péritonite suppurée, les phénomènes sont très insidieux ; dans l'un de ceux que j'ai observés, il y avait eu pendant trois jours des phénomènes d'indigestion ; c'est seulement au quatrième jour qu'éclatèrent les accidents de péritonite simulant une obstruction intestinale.

M. Lucas-Championnière. M. Reclus me paraît trop absolu au sujet du pronostic de l'appendicite ; d'après lui, il n'y aurait guère de guérison définitive en dehors de l'intervention opératoire. Pour ma part, j'ai vu des malades qui semblent rester guéris. L'un d'eux, un adulte, a eu deux poussées d'appendicite que j'ai traitées par les purgatifs répétés ; il s'est produit ensuite une troisième poussée inflammatoire ; mais, depuis trois ans, ce malade n'a plus eu d'accident. Mon second cas a trait à un homme très âgé, chez lequel l'appendicite a revêtu la forme d'obstruction intestinale ; il a été traité, lui aussi, par les évacuants et est demeuré guéri. Enfin j'ai vu, il y a quatre mois, un troisième malade que j'ai traité de la même façon et qui a guéri. Mes deux autres cas ont trait à des enfants ; chez l'un d'eux, il s'est produit cinq poussées successives ; aujourd'hui la dernière poussée date d'une année ; l'enfant va bien. Ma seconde malade est une fillette de 11 ans, qui a présenté des accidents très aigus, après qu'elle avait eu déjà deux poussées peu intenses ; elle est actuellement guérie.

M. Verneuil. Je puis citer le cas du fils d'un de nos grands artistes que j'ai observé, à l'âge de 16 ans, alors qu'il présentait une deuxième récidive d'accidents de pérityphlite. Je l'ai traité par les laxatifs ; la guérison a été obtenue en un mois et est restée définitive. De même encore, une jeune fille de 12 ou 13 ans, que j'ai soignée autrefois avec M. Tillaux, a guéri complètement après avoir présenté des menaces d'abcès.

M. Routier. Je puis citer deux cas analogues à ceux qui viennent d'être rapportés par M. Nélaton. Le premier est celui d'une petite fille de 9 ans, chez laquelle il existait une péritonite généralisée dont le point de départ était dans une inflammation de l'appendice. Je fis la laparotomie ; je trouvai l'appendice perforé et deux boulettes de matières fécales dans la cavité abdominale ; j'étais placé dans de mauvaises conditions au point de vue antiseptique ; je fis

un lavage insuffisant de l'abdomen ; la mort ne tarda pas à survenir ; or, dans ce cas, le début avait été très brusque. Il y a deux mois, je fus appelé près d'un homme de 58 ans qui avait été pris subitement, la veille au soir, de douleurs vives après son dîner ; le lendemain matin déjà l'état général était très grave ; le soir, quand je le vis, le pouls était insensible, la langue sèche, le ventre ballonné ; je fis la laparotomie ; je trouvai un appendice long comme l'index présentant sept perforations répondant à sept noyaux de matières fécales ; le malade succomba rapidement. Dans ces deux cas, la péritonite générale était survenue d'emblée.

M. Reclus. Je pense, comme M. Nélaton, que la première crise inflammatoire est la plus grave. Elle donne naissance à des adhérences qui circonscrivent, pour l'avenir, l'inflammation ; mais dire pour cela que les crises ultérieures n'ont pas de gravité serait une erreur. A M. Lucas-Championnière je répondrai que je ne suis pas affirmatif au sujet de la possibilité d'une guérison spontanée définitive. J'ai cité moi-même un malade auquel j'ai donné des soins avec notre collègue M. Maunoury, et qui a guéri après plusieurs crises.

Lectures.

Aï douloureux.

M. Larger. A la fin de la dernière séance, j'ai eu l'honneur de montrer à la Société une jeune femme qui était affectée, ainsi qu'on a pu le constater, d'un *aï douloureux* dont le siège est celui que j'ai indiqué, c'est-à-dire à l'avant-bras, au lieu d'entrecroisement des tendons radiaux avec les long abducteur et court extenseur du pouce, et non pas au poignet, ainsi qu'on l'admettait à la suite de tous les auteurs classiques.

En lavant son parquet, à genoux, cette femme, manquant d'équilibre, à un moment donné, appuya vivement le poids de son corps sur la *paume de la main gauche posée à plat, les doigts et le pouce en extension.*

C'est la première fois qu'il m'est donné d'observer aussi nettement un aï douloureux produit par ce mécanisme. Habituellement ce sont les mouvements exagérés de torsion de la main sur l'avant-bras, le poing étant fermé, qui le déterminent. J'ai comparé ici l'action des long abducteur et court extenseur sur les tendons radiaux, à celle de l'archet frottant sur les cordes du violon.

Le cas particulier que je rapporte est intéressant en ce qu'il

prouve que cette action violente peut s'exercer même en dehors des mouvements de torsion, et que, toutes choses égales d'ailleurs, elle produit son maximum d'effet sur les gaines et le tissu cellulaire de bourse séreuse que j'ai décrits au niveau de cet entrecroisement de tendons, de préférence à toutes les gaines synoviales tendineuses du poignet.

C'est aussi ce qui explique pourquoi je n'ai jamais eu l'occasion depuis une vingtaine d'années que je m'occupe spécialement de cette question, d'observer l'aï douloureux ailleurs qu'au siège indiqué par moi. Je ne parle, bien entendu, que de l'aï douloureux proprement dit, c'est-à-dire de la lésion synoviale inflammatoire aiguë ou chronique déterminée par l'effort musculaire.

Je serais obligé à mes collègues de vouloir bien me dire si le résultat de leurs observations, depuis douze ans environ que j'ai attiré leur attention sur cet objet, concorde avec la mienne.

Dans mon travail lu devant la Société de chirurgie, le 12 octobre 1881, et inséré dans la *Revue de Chirurgie* de 1882, p. 399, je concluais ainsi :

« Le siège ordinaire — pour ne pas dire exclusif — de l'aï douloureux est, non pas au poignet, mais à l'avant-bras, au niveau de la loge aponévrotique des muscles long abducteur et court extenseur du pouce :

« 1° Tantôt dans le tissu cellulaire de bourse séreuse que contient irrégulièrement cette loge aponévrotique, tissu cellulaire qu'on trouve parfois transformé en bourse séreuse accidentelle.

« 2° Tantôt dans une gaine synoviale tendineuse également contenue dans la même loge, non encore décrite, bien que constante, et qui est la gaine synoviale tendineuse antibrachiale ou supérieure des radiaux externes.

« 3° Enfin, et le plus souvent sans doute, la lésion siège à la fois dans la gaine tendineuse et dans le tissu cellulaire de bourse séreuse qui l'environne. »

Je n'ai rien à changer à ces conclusions, si ce n'est un point, assez secondaire d'ailleurs, c'est celui qui est relatif à la constance de la gaine supérieure des radiaux : cette gaine n'a pas le caractère de constance absolue que je lui avais prêté.

Voici en effet ce que mon excellent ami et collègue, M. le professeur Farabeuf m'a fait l'honneur de m'écrire, à la suite de certaines critiques inattendues :

« Il me semble que votre part est la suivante :

« 1° Les radiaux ont deux gaines, une radio-carpienne connue de tous ; une anti-brachiale démontrée par Larger : celle-ci constante ou à peu près. Nous l'avons vue ensemble et depuis, je l'ai montrée je ne sais combien de fois.

« 2° Outre cette gaine anti-brachiale des radiaux qui correspond au lieu de croisement des abducteur et extenseur du pouce, il existe sous ces derniers une séreuse ébauchée, assez rarement cavitaire. » — C'est la confirmation éclatante de ce que j'ai dit !

MM. Debierre et Rochet (*Archives de Physiologie*, 1887, p. 81.) dans un travail de critique anatomique de mon mémoire, ont peut-être affirmé à tort la constance de la bourse séreuse accidentelle qu'ils paraissent avoir confondue avec la synoviale supérieure des radiaux. Le débat est d'ailleurs plus spécieux qu'important.

En effet la disposition anatomique sur laquelle j'ai tenu à attirer surtout l'attention, au point de vue du siège de l'aï douloureux, est celle-ci :

La gaîne aponévrotique antibrachiale des muscles l. abducteur et c. extenseur du pouce est plus ou moins remplie par une gangue de tissu cellulaire, de bourse séreuse englobant les tendons des radiaux ; dans cette gangue on peut démontrer l'existence constante d'au moins *une*, quelquefois de *deux* cavités synoviales complètes.

Il me paraît inutile de préciser davantage : la fixité des bourses séreuses en général n'ayant rien d'absolu, et leurs dimensions ou leurs formes variant suivant les sujets, suivant même les anatomistes..., et parfois suivant les modalités d'un même anatomiste !...

C'est ainsi qu'on lit dans un opuscule lequel n'est qu'un résumé de cours faits à l'École pratique (*Quinze leçons d'Anatomie pratique*, par P..., Paris, Ve Babé, 1892, p. 36.)

« Une bourse séreuse énorme existe entre les tendons du pouce et les tendons radiaux. Je dis ceci par ce qu'ON a récemment créé une bourse séreuse, dite *bourse supérieure des radiaux*, QUI N'EXISTE PAS, et qu'ON a localisé, dans cette prétendue bourse, une variété d'aï crépitans dont le siège réel est dans la grande séreuse intermédiaire aux tendons radiaux et à ceux du pouce. »

Or, après avoir minutieusement reproduit jusque dans ses moindres détails, et en la copiant littéralement dans mon propre texte, la description de la gaine synoviale démontrée par moi, l'auteur d'un article intitulé : *Synoviales tendineuses des radiaux externes* (*Année médicale* 1882 du Dr BOURNEVILLE, Paris, chez Plon, 1883, p. 16), cet auteur, le même que ci-dessus, termine ainsi :

« Nous avons eu l'occasion de rechercher cette gaine avec M. Farabeuf, et NOS RECHERCHES ONT CONFIRMÉ LA DESCRIPTION DE M. LARGER. »

M. Isch-Wall lit un travail sur la résection des veines dans les phlébites variqueuses.

(Commission : MM. Routier, Delorme et Reynier, rapporteur.)

Communication.

Fistule uretérale consécutive à une hystérectomie vaginale. Pyonéphrose consécutive. Néphrectomie. Guérison.

Par M. Lucien Picqué.

La communication récente que vous a faite M. Bazy sur le traitement des fistules uretérales, à propos d'un cas qui vous avait été adressé par le Dr Chaput, m'engage à vous communiquer l'observation suivante qui présente un réel intérêt, non seulement en raison de l'origine opératoire de la lésion, mais aussi à cause des accidents graves qui en ont été la conséquence et du traitement particulier que ces accidents ont nécessité.

Il s'agit d'une malade qui se présenta, en août 1892, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Périer, que j'avais l'honneur de remplacer, pour des accidents infectieux graves d'origine rénale. Ces accidents, sur la nature desquels j'insisterai plus loin, étant liés à une fistule urinaire consécutive à une hystérectomie vaginale, je crois tout d'abord qu'il est utile de vous rapporter l'histoire antérieure de cette malade, histoire qui m'a été communiquée par un interne de M. Richelot, M. Perruchet actuellement à Lariboisière, et avec l'autorisation de mon excellent collègue, M. Richelot.

Voici la première partie de cette observation :

Mme Victorine Th..., s. p., 33 ans, entre le 11 février 1892 à l'hôpital Tenon, salle R. Wallace, n° 22, dans le service de M. le Dr Richelot.

Antécédents héréditaires. — Père mort de bronchite chronique. Mère morte du choléra.

Antécédents personnels. Accès de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 6 ans. Endocardite consécutive. Lésion valvulaire caractérisée seulement depuis l'âge de 19 ans. Tousse tous les hivers. Cette malade n'a jamais eu de grossesse. Elle présente des époques menstruelles très irrégulières et une leucorrhée notable. Le début de son affection paraît remonter à l'année 1889. A cette époque, elle raconte qu'à la suite d'un effort elle eut une métrorragie suivie de péritonite (?) qui l'obligea à garder le lit pendant trois semaines ou un mois. A partir

de ce moment, elle souffrit toujours dans le bas-ventre. Ces douleurs devenaient excessives sous l'influence de la fatigue et elle était forcée de s'aliter.

Le 10 décembre 1891 survint une crise douloureuse qui l'obligea à cesser tout travail. Elle prend le lit; le ventre est très douloureux; elle a des vomissements verdâtres, de la fièvre, de la diarrhée. Perte complète d'appétit.

A la fin de janvier, au dire du médecin traitant, se développent deux abcès qui viennent poindre dans le vagin où ils sont ouverts au bistouri.

Puis l'état général s'améliore un peu. On constate la disparition de la fièvre, le retour de l'appétit, mais l'amaigrissement persiste.

Le 11 février, la malade entre à l'hôpital. Elle accuse une violente douleur au niveau des deux fosses iliaques, douleur exaspérée par la pression. Elle a un aspect cachectique et de la fièvre tous les soirs.

A l'examen physique, on trouve au toucher : un utérus enclavé, immobile, douloureux, et de chaque côté deux énormes tumeurs formées par les annexes.

On cherche à l'aide du spéculum l'ouverture des deux abcès ouverts par le vagin sans qu'il soit possible d'en trouver la trace.

La malade est abandonnée au repos pendant un certain temps et, le 17 mai, M. Richelot pratique l'hystérectomie vaginale par morcellement.

L'opération est laborieuse à cause de la fixité de l'utérus. Il est impossible d'enlever du côté gauche les annexes trop adhérents.

D'ailleurs, sur ma demande, M. Richelot a bien voulu remettre à la malade la note suivante, que je transcris textuellement :

« Mme X... a subi le 17 mai dernier une hystérectomie vaginale par morcellement avec ablation des annexes droits. Elle avait depuis longtemps des douleurs violentes. J'ai hésité longtemps à cause de l'état du cœur.

« Dans l'opération, l'utérus a été enlevé complètement avec les annexes droites malades (ovaire absolument dégénéré, scléo kystique, trompe épaissie et adhérente, pas de suppuration), à gauche les annexes très adhérentes et collées au petit bassin ont été laissées en place.

« En raison de l'insuffisance mitrale qui inspirait quelques craintes, l'anesthésie est commencée par des inspirations de bromure d'éthyle et continuée par le chloroforme. »

Le 19, les pinces sont retirées.

Le 23, les tampons sont enlevés et la malade est soumise aux injections vaginales tous les jours. La malade urine seule.

L'état général est bon.

Le 25 mars, la malade raconte qu'elle mouille le pansement appliqué sur la vulve.

Il est impossible de voir sourdre du liquide au fond du vagin.

Le 9 avril, la malade quitte l'hôpital. Il suinte toujours de l'urine dans le pansement. La nuit les draps sont mouillés. La plaie vaginale est presque complètement cicatrisée.

Nous revoyons, dit M. Richelot, plusieurs fois de suite la malade, qui a repris de l'embonpoint et ne souffre presque plus de ses annexes gauches. Elle perd toujours de l'urine et par l'examen au spéculum on voit, au fond du cul-de-sac vaginal, un petit tubercule saillant par lequel on essaye sans succès d'introduire un stylet. M. Richelot admet l'existence d'une petite plaie vésicale probablement consécutive à la suite d'une eschare et conseille à la malade de prendre patience.

Voici maintenant la deuxième partie de l'observation, qui m'est personnelle :

La malade fut prise vers la fin du mois d'août d'accidents sérieux du côté de l'abdomen et se présenta à l'hôpital Lariboisière, où elle est reçue d'urgence, le 3 septembre, salle Gosselin, n° 17, dans le service de M. Périer.

Les symptômes que la malade présentait à son entrée sont les suivants. Du côté de l'abdomen, la malade éprouve des douleurs vives, localisées à gauche au-dessus de l'arcade de Fallope, et à droite dans la région rénale. Il existe un peu de météorisme. Le toucher bimanuel permet de constater dans le petit bassin et à gauche, au niveau des annexes laissées en place, une tuméfaction diffuse, mal délimitée et sensible à la pression.

A droite, la région rénale est douloureuse ; par la manœuvre du ballottement, on constate que le rein est le siège d'un gonflement notable ; il est douloureux à la pression.

Il n'y a pas de fièvre, mais l'état général est mauvais. L'amaigrissement est notable. L'appétit est nul. La malade accuse quelques nausées. Elle nous signale un suintement permanent d'urine par le vagin et il existe un érythème vulvaire assez prononcé.

La malade urine volontairement. L'existence de lésions rénales, rendues évidentes par les symptômes physiques précédemment indiqués du côté de la région rénale, éveillent des doutes dans mon esprit sur l'existence d'une fistule vésicale, et admise par M. Richelot, et je ne tardais pas, du reste, à reconnaître son origine uretérale par les constatations suivantes.

D'abord, l'existence de la fistule urinaire, ne pouvant être établie par l'examen direct du liquide rendu en petite quantité à la fois et impossible à recueillir, me fut démontrée par l'ingestion de 0,15 centigrammes de bleu de méthyle qui colora nettement en bleu le liquide rendu par le vagin.

Puis son origine uretérale me fut démontrée de la façon suivante :

D'abord, les symptômes physiques étaient bien dans notre cas ceux de la fistule uretérale. En effet, 1° les phénomènes de la miction volontaire n'étaient pas modifiés, 2° l'écoulement était permanent et nullement modifié par le changement d'attitude de la malade, 3° malgré l'existence de lésions rénales ascendantes, les urines vésicales étaient absolument normales ; en deuxième lieu, l'injection forcée de liquide

coloré dans la vessie, que je fis sur le conseil de M. Périer, ne tachait en aucune façon un tampon blanc préalablement porté au fond du vagin, au niveau de l'orifice de la fistule et maintenu en contact pendant toute la durée de l'injection. Cette expérience fut répétée plusieurs fois et toujours sans succès.

Enfin, nous eûmes recours à l'examen direct de la vessie à l'aide de l'endoscope électrique de M. Aubry. Nous pûmes constater facilement, du côté gauche, l'existence de la perle brillante qui caractérise l'écoulement de l'urine dans la vessie, et son absence du côté droit, en même temps que l'étendue moindre de la tache noirâtre qui masque l'embouchure de l'urétère. Cette première coustatation, non seulement confirmait l'existence d'une plaie de l'uretère, mais encore nous indiquait nettement le côté intéressé, point naturellement important en cas d'une néphrectomie.

Nous fûmes moins heureux dans nos tentatives de cathétérisme : bien que nous ayons répété plusieurs fois ces tentatives, nous ne pûmes jamais pénétrer dans le trajet de la fistule.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic se trouvait définitivement établi ; il s'agissait bien d'une fistule de l'uretère du côté droit; les phénomènes douloureux qui amenaient la malade à l'hôpital, et qui, dès le début, avaient fait pressentir cette fistule, étaient bien sous la dépendance d'une néphrite ascendante de nature infectieuse, et les douleurs que la malade éprouvait au niveau des annexes du côté gauche ne pouvaient guère nous donner le change.

Les accidents éprouvés par la malade à son entrée à l'hôpital ne se modifièrent pas dans la première semaine ; mais, dès le 12 septembre et bien avant que nous ayons fait notre première exploration, elle fut prise d'accès fébriles peu intenses, mais continus.

Le 26, cependant, la température monta à 40°,8 et, je le répète, notre première exploration ne fut faite que vers la fin d'octobre, car nous tenions à avoir les renseignements opératoires qui nous manquaient, avant de commencer l'étude attentive de la malade.

Ces accès fébriles se maintinrent presque constamment, sauf quelques courtes rémissions, jusqu'au moment de l'opération, c'est-à-dire le 9 novembre. Chaque ascension thermique s'accompagnait d'une exagération notable des phénomènes douloureux qui se caractérisaient par des douleurs lombaires avec irradiation dans la fosse iliaque correspondante.

L'état général s'aggravait chaque jour : le météorisme s'accentuait, ainsi que les troubles gastriques, et la malade réclamait énergiquement une intervention.

Sur le conseil de mon excellent maître, M. Périer, et avec sa précieuse assistance, je lui pratiquai, pour des motifs que j'indiquerai plus loin, une néphrectomie lombaire le 9 novembre.

Cette néphrectomie fut pratiquée selon le procédé ordinaire et je n'attirerai l'attention que sur deux points particuliers de la technique.

Une fois le rein mis à nu, j'incisai la capsule et fis la décortication

sous-capsulaire ; ce décollement se fit avec la plus grande facilité et j'arrivai rapidement sur le hile.

A ce moment, au lieu d'appliquer une ligature sur les vaisseaux du rein, et avant d'en pratiquer l'extirpation, je plaçai deux pinces courbes à ligaments sur le hile et les laissai en place quarante-huit heures. La capsule étant en quelque sorte retournée, je considérai tout drainage comme inutile ; une fois les pinces retirées, la cicatrisation se fit très rapidement.

Les suites opératoires furent nulles. L'écoulement vaginal cessa le jour même de l'opération. La fièvre qui existait avant l'opération tomba aussitôt et la température se maintint entre 37 et 37°,5.

La quantité d'urine émise le jour de l'opération ne s'éleva pas au-dessus de 500 grammes ; mais elle augmenta progressivement et rapidement dès le deuxième jour ; au quatrième jour, elle était de 2,000 grammes pour retomber définitivement à 1,200 dès le sixième jour.

La malade quitta l'hôpital définitivement guérie le 25 novembre.

J'ai eu l'occasion de revoir depuis, plusieurs fois la malade : la guérison ne s'est pas démentie, et l'état général est resté excellent.

Je tiens à dire encore qu'il n'est resté aucune fistule et que la malade n'a jamais paru souffrir de la portion d'uretère infecté restée dans l'abdomen.

L'examen de la pièce anatomique montre toutes les lésions de la pyonéphrose.

Au moment de l'opération, la section du pédicule amena l'issue d'une quantité très abondante de pus.

A la coupe du rein, on constate une désorganisation très avancée du parenchyme. Le rein est transformé en vacuoles purulentes à parois très amincies et communiquant les unes avec les autres.

Messieurs, je serai très bref sur les raisons qui m'ont engagé à pratiquer la néphrectomie chez cette malade.

Depuis quelque temps, la question du traitement des fistules uretérales est entrée justement dans une voie conservatrice.

Les tentatives de Gluck et Giller en 1881, celles plus récentes de Cecci en 1887, de Bardenheuer, de Novaro, de Reid, de Paoli et de Borecki, les expériences de Tuffier et de Morestin ont donné des résultats variables, mais méritent d'être encouragées. Le beau cas que Chaput vient de vous soumettre en est une preuve.

Mais il est évident que toutes ces méthodes de greffe ne sont applicables que lorsque le rein n'est pas infecté.

La principale cause d'échec n'est-elle pas due à l'infection trop souvent consécutive du rein ?

Lors donc que le rein est infecté, le chirurgien ne saurait uti-

liser l'un des nombreux et ingénieux procédés de greffe imaginés par les chirurgiens et les expérimentateurs ; c'est à la néphrectomie qu'il convient de recourir. Opération que les chirurgiens ont heureusement remplacée par la néphrotomie dans les cas de pyonéphrose simple, mais qui reste la seule ressource lorsque la pyonéphrose est compliquée de fistule uretérale.

Présentation de malades.

M. Kirmisson présente une petite fille de 1 an qui porte *dans la région du dos une volumineuse tumeur hémisphérique.* Elle a la consistance molle et régulière d'un lipome diffus ; au moment de la naissance, elle affectait le volume d'un œuf coupé par la moitié et siégeait un peu à droite de la ligne médiane, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Elle s'est développée avec une très grande rapidité, puisqu'à l'heure actuelle elle ne mesure pas moins de 25 centimètres de hauteur sur 15 de largeur.

M. Jalaguier. Je pense qu'il s'agit peut-être ici d'un lymphangiome ; j'ai présenté autrefois à la Société de chirurgie un cas analogue dans lequel la tumeur siégeait au niveau de la région lombo-sacrée ; j'en ai observé un autre à la cuisse.

M. Robert. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un officier atteint de *déviation du maxillaire inférieur consécutive à une fracture par coup de feu* reçue au Dahomey le 4 octobre 1892.

Cette déviation, qui d'abord entraînait une gêne considérable dans la mastication et dans l'articulation des mots, gêne qu'augmentait encore la présence d'une bride épaisse maintenant adhérente à gauche la base de la langue à la face interne de la mâchoire, a été favorablement modifiée par l'application prolongée d'un appareil spécial agissant surtout par traction élastique sur le menton.

La déformation, vous pouvez le voir d'après le moule et sur le blessé, est assez complexe ; elle comprend d'abord un écart de quelques millimètres entre les deux arcades dentaires qui ne s'articulent pas exactement, puis un chevauchement des dents inférieures présentant des longueurs différentes, disposition qui n'existait pas avant la blessure, la courbe de l'arcade dentaire étant alors parfaitement régulière et le niveau des dents très égal.

La persistance de cette déformation tient à la difficulté des premiers soins et à l'étendue des lésions occasionnées par le projectile.

Ainsi que le montre la disposition de l'orifice d'entrée à gauche et de l'orifice de sortie à droite, à la partie supérieure du cou et au niveau de l'angle du maxillaire, la balle a perforé la base de la langue et fracturé les deux branches montantes en produisant de nombreux éclats avec perte des deux dernières molaires gauches.

La tuméfaction de la langue et l'hémorragie abondante du début rendirent les premiers soins très difficiles ; la menace continuelle d'asphyxie obligea le blessé à rester plusieurs jours couché sur le ventre, la tête soutenue entre ses mains, le décubitus dorsal étant tout à fait impossible à cause de la suffocation imminente ; l'alimentation, impossible par les voies naturelles, était assurée par des lavements de peptone ; le traitement local se bornait à des irrigations intra-buccales d'eau boriquée après extirpation des fragments détachés ; ce ne fut qu'à la fin d'octobre que des soins réguliers purent être donnés.

Rapatrié à la fin de l'année, ce malade, évacué sur l'hôpital du Val-de-Grâce, présentait à son entrée un écart de 12 millimètres entre les arcades dentaires qui le mettait dans l'impossibilité de mastiquer les aliments solides. De plus, la prononciation des mots et la déglutition étaient considérablement gênées par les adhérences de la langue.

Pour remédier à cet état, on commença d'abord à exercer des pressions sous le maxillaire, puis à le redresser à l'aide de la mentonnière de l'appareil à suspension de Sayre, et enfin en appliquant d'une façon continue l'appareil à traction élastique composé d'une mentonnière reliée d'abord à une gouttière métallique embrassant l'arcade dentaire et attirée en avant et en haut par des tubes de caoutchouc articulés aux boutons d'un bandeau frontal proéminent. En dernier lieu, j'ai pratiqué la section sous-muqueuse de la bride linguale et appliqué une anse de fil métallique ayant pour but de maintenir la dépression du sillon lingual dans les conditions de l'application de la suture de Snellen pour le traitement de l'ectropion.

Grâce à ces interventions successives, la langue est libre, peut être tirée hors de la bouche ; elle n'est plus déviée ; les arcades dentaires se rapprochent suffisamment, l'écart se borne à 3 millimètres, ce qui permet la mastication des aliments ordinaires et la prononciation distincte de tous les mots.

Présentation d'appareil.

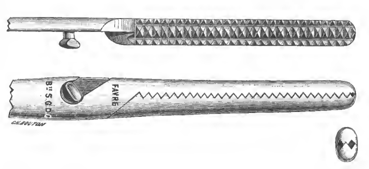
M. Périer présente un appareil destiné à réaliser *la suspension du membre supérieur dans les arthrites* du poignet et du coude.

Présentation d'instrument.

Pince à dents de crocodile.

M. Félizet présente, de la part de M. Chaput, une pince à dents de crocodile qu'il a fait construire par Favre.

Les mors de cette pince mesurent 6 centimètres de long et 6 millimètres de large. Chaque mors est garni de trois rangées de griffes très pointues, mais très courtes, ne mesurant pas plus de 2 millimètres de hauteur. Les griffes s'engrènent réciproquement d'un mors à l'autre, sur les rangées qui se correspondent; mais les rangées ne s'engrènent pas, n'alternent pas; elles sont, au contraire, opposées les unes aux autres sur les deux mors. Cette disposition est très importante, car les rangées interceptent entre elles des espaces losangiques où s'accumulent les tissus saisis. D'autre part, ces mêmes tissus sont bien plus solidement fixés par des rangées de griffes opposées que par des rangées alternantes, car, dans ce dernier cas, les rangées extérieures s'appuient sur une surface lisse du mors opposé, qui retient moins bien les tissus que ne le fait une rangée de griffes aiguës.



Notre pince fixe mieux les tissus que les pinces de Péan, munies de pointes très espacées les unes des autres. Enfin, tandis que lesdites pinces de Péan ne peuvent être enfoncées de vive force à travers un pédicule membraneux, les nôtres permettent très bien cette manœuvre à cause de la faible saillie des griffes.

Tous les chirurgiens déplorent depuis longtemps le dérapage des pinces quand on a saisi de gros pédicules. Cet accident provoque des hémorragies souvent mortelles, soit au cours des opérations, soit plus tard quand on enlève des pinces à demeure.

Avec nos pinces, cet accident n'est plus à craindre ; je m'en suis servi un grand nombre de fois, tant pour des laparotomies que pour les hystérectomies vaginales, et jamais une seule n'a glissé.

Élection.

Au cours de la séance, il est procédé à l'élection d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats aux places de membre correspondant déclarées vacantes.

Sont élus : MM. Bazy, Jalaguier, Nélaton, Picqué.

M. le Secrétaire général fait partie de droit de la commission.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 28 juin 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Beiträge zur Lehre der Osteomyelitis acuta*, par M. Emerich, Ullmann (de Vienne);

3° *Beitrag zur Klinik des Aktinomykose*, par M. Alberto Illich (de Vienne);

4° *Zur Aetiologie der Cystitis*, par M. Julius Schnitzler (de Vienne);

5° *Beiträge zur Casuistik der branchiogenen Fisteln und Cysten*, par le même;

6° *Ueber die angeborene Verschliessung des Mastdarmes und die begleitenden Fistelbildungen*, par M. Rodolf Frank (de Vienne);

7° Discours prononcés à la séance générale du Congrès des sociétés savantes, par M. Hamy et M. Poincaré, ministre de l'Instruction publique;

8° *Statistique d'opérations*, par M. Dayot fils (de Rennes) (M. Michaux rapporteur);

9° *Sarco-épithéliome du testicule chez un enfant de six ans*, par M. Reboul (de Marseille) (M. Gérard-Marchant rapporteur);

10° Lettre de M. Poirier, relative à la communication de M. Larger (renvoyée à une commission composée de MM. Berger, Chauvel et Reclus, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

De l'électrolyse appliquée aux rétrécissements de l'urètre.

M. Bazy. Pour arriver à la vérité, nous avons dans les sciences médicales deux voies : la voie de l'observation clinique, celle de la chirurgie expérimentale.

Pour arriver à la vérité dans une question que quelques personnes croient encore controversée, je veux parler de l'électrolyse appliquée à la cure des rétrécissements de l'urèthre, M. Desnos a pensé devoir nous apporter ici le résultat de ses recherches expérimentales.

Comme l'a fait observer son rapporteur, ces recherches auraient gagné à être multipliées, à être variées de façon à reproduire autant que possible les conditions que l'on rencontre dans la pathologie humaine.

Quelque restreintes que soient ces expériences, nous devons néanmoins remercier M. Desnos de nous en avoir apporté le résultat. Mais fort heureusement pour nous, — je n'en dirai peut-être pas autant pour les malades — l'expérience clinique nous permet d'être suffisamment édifiés sur la valeur thérapeutique de ce moyen.

Car, vous ne l'ignorez pas, l'électrolyse date de longtemps;

elle a plus de vingt ans d'existence ; et quelles que soient les modifications de détail apportées à l'instrumentation, les résultats obtenus par tel ou tel procédé sont absolument comparables. Or, chacun de nous a pu constater les résultats thérapeutiques plus ou moins éloignés de l'application de la méthode ; les recherches ou les réflexions des chirurgiens sur ce point sont consignées dans les comptes rendus de diverses Sociétés savantes et dans les divers journaux.

L'électrolyse peut être appliquée de différentes façons : on peut soit employer des courants faibles de peu de puissance, de 2 à 4 et 5 milliampères, ou des courants plus forts, 20 à 25, 30, 40 et 45 milliampères. M. Desnos a fait cette distinction dans ses expériences.

Mais il est une autre façon d'appliquer l'électrolyse à laquelle il n'a pas été fait allusion, car il n'a été question ici que de l'électrolyse linéaire ; or, il existe un autre mode d'électrolyse, c'est l'électrolyse circulaire, ou électrolyse du chirurgien américain Newmann, qui se sert d'olives métalliques, dont il augmente graduellement le volume, tout en se servant de courants très faibles, 2, 3, 5 milliampères au plus.

L'expérience des autres m'ayant appris ce que valait au point de vue curatif, l'électrolyse linéaire, j'ai voulu essayer l'électrolyse circulaire, au moyen d'un dispositif imaginé par le Dr Boisseau du Rocher ; notre confrère emploie, lui aussi, des olives ; mais ces olives sont cannelées dans le sens de la longueur.

J'avais espéré et lui aussi, guidé d'une part par des idées théoriques, d'autre part par les résultats proclamés par Newmann, pouvoir triompher ainsi de certains rétrécissements devant lesquels la dilatation et l'urétrotomie de Maisonneuve restent impuissantes, je veux surtout parler des rétrécissements péniens, de ces rétrécissements en virole que les bougies ne peuvent dilater, et dans lesquels l'instrument de Maisonneuve fait une simple entaille dont les bords n'ont aucune tendance à s'écarter.

Nous voulions exercer sur ces rétrécissements cette action *résolutive* annoncée par Newmann. Nous avons eu un moment cette illusion avec un malade qui était entré à la maison de santé pendant que je remplaçais notre regretté collègue, M. Horteloup, et qui était porteur d'un rétrécissement excessivement dur et épais de la verge. Certainement après quatre à cinq séances de vingt minutes environ de durée — 4 ou 5 milliampères — la virole avait diminué et le rétrécissement était devenu plus perméable ; mais nous ne pûmes pas aller bien loin, et force nous fut d'avoir recours à d'autres moyens.

J'ai essayé ce procédé d'électrolyse chez deux autres malades

porteurs de retrécissements péniens si durs et si serrés que je m'étais posé la question, bien avant que M. Poncet ne l'ait posée et résolue, de savoir s'il ne vaudrait pas mieux leur faire un méat périnéal que chercher à dilater des rétrécissements si durs. Je pensais que l'électrolyse circulaire pourrait m'être utile en faisant disparaître toutes ces indurations. Il n'en a rien été. Les scarifications profondes et multiples du canal ont eu une action bien plus efficace et dont le résultat se maintient encore ainsi après trois ans.

Voilà ce que je tenais à dire à propos de l'électrolyse circulaire.

Quant à l'électrolyse linéaire exécutée en employant 20, 25, 30 milliampères, ce n'est autre chose qu'une cautérisation. Si un instant on a pu croire que les cicatrices des plaies résultant de l'électrolyse n'étaient pas rétractiles, on est bien revenu de cette erreur actuellement. Cette électrolyse est une urétrotomie caustique au lieu d'être faite avec l'instrument tranchant, et c'est, ainsi que je l'ai dit dans un des volumes de l'*Encyclopédie scientifique des aide-mémoires*, vouloir revenir à l'amputation du sein par les flèches caustiques.

Sans compter qu'elle peut être impuissante comme dans le cas suivant auquel fait allusion le Dr Delaissement dans le *Bulletin de l'Association médicale de l'arrondissement de Saint-Quentin* et que je connais bien.

Je suis appelé le 15 juillet 1891 à Saint-Quentin pour voir et opérer, s'il y a lieu, un malade auprès duquel se trouvent les docteurs Delaissement, Desprez (de Saint-Quentin) et Hervéau.

Le malade, âgé de 55 ans environ, était porteur de rétrécissements multiples avec stagnation urinaire et urines septiques. Depuis plusieurs jours, il avait eu une série d'accès de fièvre qui mettaient sa vie en danger. La dilatation avait été impuissante. Le docteur Delaissement lui avait proposé l'urétrotomie interne; mais il n'avait pas voulu en entendre parler, parce qu'un de ses amis était mort à la suite, on peut dire malgré une urétrotomie interne pratiquée par un de nos collègues. C'est alors que nos trois confrères de Saint-Quentin avaient essayé l'électrolyse linéaire; ils sont montés à 45 milliampères et sont restés vingt-cinq minutes devant le premier rétrécissement sans pouvoir le franchir. C'est dans ces conditions que j'ai été appelé. J'ai pratiqué l'urétrotomie interne, qui a guéri le malade.

Je n'ai pas à insister sur les faits bien connus et nombreux de récidives après l'électrolyse linéaire. Mais, au point de vue des *accidents immédiats* de cette opération, je dirai que j'ai eu à traiter un malade atteint d'un calcul vésical pour lequel on avait

fait l'électrolyse linéaire qui n'avait, on le conçoit sans peine, pas fait disparaître son calcul. Or ce malade, à qui on a mis une sonde à demeure, a eu une hémorragie qui a duré trente-six heures. Notre collègue, M. Chauvel, connaît, je crois, un cas analogue.

Il a été incidemment question, à propos de l'électrolyse de l'antisepsie des voies urinaires ou plutôt du pouvoir antiseptique du salol. Permettez-moi de vous donner le résultat de mon expérience à ce sujet.

Je puis dire que j'ai expérimenté le salol dans des conditions telles que mes expériences au point de vue clinique équivalent à des expériences de laboratoire.

On a nié le pouvoir antiseptique du salol, 1° parce que, ayant donné 2 grammes au plus de salol à des malades, on n'a pas constaté de modifications dans les réactions microbiennes de l'urine de ces malades, 2° parce qu'ayant mélangé du salol a des urines microbiennes, on n'a pas constaté que ces urines cultivassent moins bien. Aucun des deux arguments n'ont de valeur, d'une part, parce que le salol ne s'élimine pas en nature par l'urine, d'autre part, parce que le salol a été donné à dose insuffisante.

Niera-t-on le pouvoir antiseptique de l'acide phénique, parce que l'on observera la pullulation microbienne dans un milieu où il aura été mis à dose insuffisante. Même donnât-on le salol à dose insuffisante, on ne serait pas autorisé à nier son action, parce qu'on constaterait que l'urine contient encore des micro-organismes vivants.

En effet, le salol a une action spéciale, élective, pour ainsi dire, que j'ai fait ressortir, notamment dans l'aide-mémoire dont j'ai parlé plus haut; il paraît empêcher la production des toxines urinaires ou les neutraliser. En effet, il empêche les accès de fièvre francs, tels que ceux qu'on observe après le cathétérisme, qui s'accompagnent d'une défervescence complète et qui paraissent dus à l'introduction directe dans le sang du poison urineux, comme disait Maisonneuve il y a près de 40 ans, à l'introduction de toxines urinaires dans le sang, comme nous disons aujourd'hui.

Mais il faut le dire bien haut, il n'a cette action antifébrile que si on le donne à dose suffisante, c'est-à-dire à la dose de 4 à 5 grammes avant de faire le cathétérisme que l'on redoute.

Or, dans ces conditions, on peut affirmer qu'un malade qui a eu un accès de fièvre à la suite d'un cathétérisme n'en aura plus si on lui donne le salol. On peut le sonder *dès le lendemain* de son accès de fièvre, pourvu qu'il ait absorbé 4 à 5 grammes de salol.

J'ai plus de vingt observations qui témoignent de cette action.

Je ferai observer que je ne parle ici que des cas dans lesquels, malgré l'accès de fièvre, j'ai continué à cathétériser. Si j'avais

attendu plusieurs jours et à plus forte raison plusieurs semaines, on pourrait m'objecter que, grâce aux boissons délayantes absorbées dans l'intervalle, les urines soient devenues moins septiques pour l'organisme, grâce à un traitement approprié, plus réfractaires à l'action des toxines urinaires. Or, dans les cas auxquels je fais allusion, il n'en a point été ainsi : entre le premier et le deuxième cathétérisme, il n'y a eu qu'un changement; avant, le malade ne prenait pas de salol, après il en avait pris : j'irai même plus loin, j'ai pu sonder sans donner le plus petit accès fébrile et en administrant simplement du salol des rétrécis chez lesquels l'antisepsie directe n'avait pu être faite, et qui avaient eu auparavant, spontanément, sans cathétérisme, des accès de fièvre. Donc, cette action antifébrile du salol est pour moi démontrée, et elle le sera pour tous toutes les fois qu'on voudra l'expérimenter dans ces conditions.

J'ai cherché à me rendre compte de cette action du salol et pour cela j'ai fait des expériences de laboratoires avec des urines septiques ou plutôt toxiques avant et après l'application du salol ; elles ne m'ont pas donné de résultats concluants, quoique je les aie beaucoup variées. Mais, comme vous le savez, cela ne prouve rien ; j'ai dû m'en tenir aux faits cliniques, ils me paraissent suffisamment probants,

On a obtenu de bons effets du salol sur différents états des voies urinaires, moi aussi j'ai observé ces bons effets, mais ils ont été irréguliers, inconstants, c'est pourquoi je n'insiste pas.

A propos de la typhlite et de l'appendicite tuberculeuse.

M. Richelot. Dans notre séance du 21 juin, M. Reclus, parlant d'un cas d'appendicite à rechutes, se demandait si son malade n'était pas entaché de tuberculose, et émettait l'opinion que peut-être la typhlite tuberculeuse est moins rare qu'on ne l'admet généralement. Un journal que je lis quelquefois, l'*Union médicale*, avance que « ce sont là des faits nouveaux mis en relief par M. Reclus ».

L'opinion de notre collègue se trouve développée dans une leçon clinique publiée par le *Bulletin médical* du 25 juin. M. Reclus y cite la plupart des auteurs qui, dans ces derniers temps, ont étudié la tuberculose du cœcum, les chirurgiens qui ont vu dans cette région de grosses masses d'origine bacillaire ayant l'apparence de tumeurs malignes, ceux qui ont opéré des abcès de même nature avec fistules, clapiers, ulcérations larges de l'intestin. Après

avoir donné deux exemples personnels des formes susdites, il fait allusion à des faits plus obscurs, faciles à confondre avec l'appendicite vulgaire, dans lesquels l'ulcération tuberculeuse primitive disparaît au milieu du foyer purulent, et dont M. Cornil a, paraît-il, entrepris l'étude.

J'ai beaucoup remarqué, dans ce travail, la mention de ces formes tuberculeuses qui ne paraissent pas différer des appendicites purement inflammatoires et dont la fréquence peut échapper aux meilleurs cliniciens. J'ai remarqué aussi la phrase suivante : « Une tuberculose localisée, sans infiltration, sans dégénérescence concomitante des poumons et des autres viscères importants, peut se développer autour de la valvule iléo-cœcale et s'y cantonner sans envahir les autres tissus. Cette simple constatation suffit pour ranger, dans ces cas, cette tuberculose parmi les tuberculoses chirurgicales ; du moment qu'il peut s'agir d'un foyer limité et que ce foyer nous est accessible, telles circonstances favorables peuvent se présenter où l'intervention sera légitime. »

Mon opinion est conforme à celle de M. Reclus, et je l'ai exprimée devant vous, il y a plus d'un an, le 23 mars 1892. Dans cette communication *sur l'appendicite vulgaire et la typhlite tuberculeuse*, je montre celle-ci trop négligée depuis les premiers exemples recueillis par Blatin, Duguet, etc., oubliée par les Anglais et les Américains, bien qu'ils aient opéré un grand nombre d'appendicites, passée sous silence au Congrès de Berlin en 1890. A la Société de chirurgie, on connaît les grosses tumeurs opérées par Terrier, Bouilly, prises d'abord pour des sarcomes et décrites par Pilliet ; mais on n'a plus souvenance de l'opinion de Lasègue, disant qu'en présence des pérityphlites à répétition, il faut soupçonner la tuberculose. Cependant, « j'incline à croire que la lésion tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le dit. Je ne suis pas sûr que nombre d'auteurs, croyant opérer des appendicites ou des pérityphlites vulgaires, n'aient pas méconnu leur véritable nature... J'ai rencontré deux fois une forme très spéciale, peu avancée, bien circonscrite, ne répondant pas du tout, par son aspect et son étendue, à la description de Pilliet, encore moins aux cas d'ulcérations tuberculeuses qu'on trouve, pendant l'évolution de la phtisie pulmonaire, répandues à la fois dans le cœcum et dans l'intestin grêle, avec des symptômes graves, diarrhée, amaigrissement, qui révèlent des lésions diffuses. Cette forme limitée et relativement bénigne est d'un diagnostic difficile, mais elle me paraît très justiciable d'une intervention hardie. »

Après avoir ainsi parlé, j'expose divers cas d'abcès iliaques où j'ai pu soupçonner, admettre la tuberculose, mais non la démontrer ; puis j'arrive aux deux faits probants, dans lesquels sont

notées les tumeurs dures, allongées, douloureuses de la fosse iliaque ; les poussées successives et la marche clinique tout à fait analogue à celle des appendicites ordinaires ; l'obscurité du diagnostic; l'opération aboutissant à l'extirpation d'un foyer tuberculeux bien limité par la résection partielle de la paroi cœcale, suivie de la suture de l'intestin et d'une guérison complète et durable.

Le malheur est que, dans de pareilles conditions, c'est-à-dire en dehors de toute lésion diffuse de l'intestin et d'une tuberculose pulmonaire confirmée, le diagnostic est fort malaisé. S'il était plus facile, la conduite des chirurgiens serait mieux réglée et l'intervention moins controversée dans un certain nombre de coliques appendiculaires à marche insidieuse. Il est de toute évidence que, moins la lésion tuberculeuse est avancée, plus l'action chirurgicale est opportune et doit être heureuse. Il faut donc, pour la deviner ou la reconnaître à temps, avoir ce fait présent à l'esprit, qu'elle n'est pas très rare et qu'elle se confond, par son évolution clinique, avec les lésions inflammatoires banales ; il faut y penser toujours dans les cas à rechutes.

Si je vous présente ces quelques réflexions, ce n'est pas, croyez-le bien, que je pense avoir inventé la tuberculose du cœcum ; ce n'est pas, d'autre part, que M. Reclus ait prétendu l'avoir découverte. Mais, avant ma communication de l'année dernière, la Société de chirurgie ne s'en était jamais occupée au point de vue où je me place en ce moment ; aucun de nous n'avait mis en avant cette notion de la fréquence probable de la tuberculose envahissant une partie très limitée de la paroi du cœcum, simulant une appendicite vulgaire et marchant comme elle, enfin pouvant être opérée dans de bonnes conditions par l'extirpation totale d'un foyer nettement circonscrit. Je désire donc que ces faits encore peu connus ne soient pas considérés aujourd'hui comme absolument nouveaux, et je tiens à rappeler qu'ils ont été signalés en termes explicites à la Société de chirurgie en mars 1892, avec preuves cliniques et détails opératoires.

M. Quénu. M. Reclus, dans sa communication, dit avoir réséqué l'appendice et drainé, il en conclut à la bénignité de cette intervention; mais je ne pense pas qu'on puisse compter sur cette bénignité pour l'appendicite aiguë ; aussi je n'adopte pas, pour ma part, la conduite suivie par M. Reclus. Je crois plus prudent d'ouvrir simplement le foyer purulent, sans chercher à réséquer l'appendice. Si l'inflammation est circonscrite par des adhérences, la chose est très simple. C'est ainsi que je me suis comporté chez trois malades de 11, de 18 et de 20 ans ; tous les trois avaient des abcès et ils ont guéri très simplement. J'avais déjà suivi la même con-

duite chez un quatrième malade dont l'observation a été publiée antérieurement. Je n'ai jamais réséqué l'appendice, et cependant j'ai obtenu des guérisons qui se sont maintenues. Il n'est donc pas absolument nécessaire d'extirper l'appendice, et, d'autre part, il faut le moins possible chercher à décoller les adhérences. Dans les cas chroniques, quand on opère en dehors des périodes inflammatoires, la conduite à tenir est tout autre ; il faut chercher l'appendice et le réséquer.

M. Bouilly. Je ne veux pas rentrer dans la discussion générale, mais je signalerai que, tout dernièrement, j'ai eu un succès chez une jeune fille de 24 à 25 ans, présentant depuis huit jours des accidents de péritonite localisée, en me conformant à la conduite qui vient d'être préconisée par M. Quénu : ouvrir seulement la collection purulente, nettoyer la cavité et la drainer. C'est ce que je fis dans ce cas particulier; je ne cherchai pas l'appendice, je me contentai d'un lavage soigneux et le résultat fut très satisfaisant; la température est tombée au second jour; actuellement la malade peut être considérée comme guérie.

Communication.

Deux observations de lipomes d'un volume assez rare,

Par le Dr H. Bousquet (de Clermont-Ferrand),
membre correspondant.

Messieurs, le premier cas dont il s'agit concerne un cultivateur de 62 ans, dont j'ai l'honneur de vous présenter la photographie. Je l'ai opéré le 27 avril 1893 avec l'aide de mon confrère, le docteur Rouveix (de Saint-Germain-Lembron). Ainsi que vous le distinguez sur la photographie, la masse s'insérait par un pédicule assez large, mais assez mince, dans la région sterno-claviculaire gauche. Le pédicule avait 0,15 centimètres de largeur, et sur sa surface serpentaient des vaisseaux assez volumineux. Deux ou trois paquets veineux avaient à peu près les dimensions de varices de grosseur moyenne. Ce pédicule servait à suspendre une masse qui mesurait 60 centimètres de longueur de la clavicule à la partie la plus déclive de la tumeur ; la circonférence au point le plus volumineux était de 70 centimètres ; mis dans la balance immédiatement après son ablation, ce lipome pesait dix-sept livres et demie.

Il y avait trente ans au moins, disait le malade, que cette tumeur

avait commencé à se développer; pendant les quinze premières années, elle avait acquis à peine le volume du poing, puis elle avait augmenté assez rapidement, surtout depuis 1891.

Notre cultivateur n'en continuait pas moins ses travaux, il portait la masse sur son bras gauche, et lorsqu'on le voyait ainsi passer vêtu comme le sont les campagnards avec une blouse, on aurait dit qu'il portait une outre ou une sacoche.

L'opération fut relativement facile : une série de longues pinces, enserra successivement le pédicule, puis les vaisseaux béants furent liés sur la coupe et les bords de la plaie suturés. Une couche de pommade au salol, de la gaze au salol et de l'ouate, constituèrent tout le traitement.

Le premier pansement fut fait le 3 mai; tous les fils de suture furent enlevés, la plaie était presque entièrement réunie, dans le milieu seulement se trouvait un point gangrené : là existaient de grosses veines et nous avons été obligé de faire plusieurs ligatures médiates. Sur un espace de 2 centimètres, les tissus s'étaient desséchés et mortifiés sous une couche de salol; il n'y avait du reste ni odeur, ni pus. Rapidement cette partie bourgeonna, et vers la fin de mai, je recevais la deuxième photographie que je vous soumets.

Il est à remarquer qu'un des frères du malade a été opéré à Paris, il y a quelques années, d'un lipome gros comme le poing.

A la coupe, cette masse présentait tous les caractères ordinaires du fibro-lipome; en certains points le tissu s'était ramolli et présentait de grandes cavités remplies d'un liquide louche; ces cavités situées au centre de la tumeur ne paraissaient avoir aucune tendance à gagner la périphérie.

Le deuxième cas, dont je vous présente aussi la photographic, concerne un cultivateur du même canton qui, ainsi que vous pouvez le voir, portait son lipome dans le dos, en forme de besace. La tumeur siégeait aussi du côté gauche. La ligne d'insertion du pédicule mesurait 20 centimètres; la longueur de la tumeur, du milieu de la ligne d'insertion au point culminant, était de 40 centimètres, la circonférence mesurait 70 centimètres.

Le patient avait 79 ans et portait ce lipome depuis vingt ans; étant donné son grand âge, nous ne l'avons pas opéré.

Rapport.

Sur une note de M. Reboul, intitulée : *Sur le traitement des adénites tuberculeuses par les injections interstitielles de napthol camphré.*

Rapport par M. Ch. Nélaton.

Au mois de mars 1891, je faisais devant vous un rapport sur un travail de M. Reboul ayant trait aux bons effets de l'injection interstitielle de naphtol camphré dans les ganglions tuberculeux.

Un an plus tard, M. Moty nous ayant présenté un malade qu'il avait complètement guéri par quelques injections de naphtol camphré, je pris la parole pour déclarer, que, dans quelques cas, moi aussi, j'avais obtenu des guérisons par le procédé préconisé par M. Reboul.

A la suite de la communication de M. Moty, M. Reboul nous a adressé une nouvelle note relativement au même sujet, le 23 mars 1892.

J'ai été chargé de faire le rapport de M. Reboul et, si j'ai été si long à m'acquitter de ma mission, c'est que la question me paraissait intéressante, digne d'être étudiée et que je ne voulais parler devant vous qu'en connaissance de cause.

Je crois être aujourd'hui à peu près en mesure de le faire.

Voici d'abord quelles sont les propositions émises dans la note de M. Reboul :

1° Le traitement des adénopathies scrofulo-tuberculeuses par les injections interstitielles de naphtol camphré, paraît donner dans l'ensemble des faits de bons résultats.

Les ganglions tuberculeux primitivement durs peuvent rester durs et disparaître sans se ramollir, mais seulement après plusieurs injections.

Pour les ganglions ramollis il se produit après l'injection une très légère réaction se manifestant par de petites douleurs de courtes durées ou des sensations de gêne ou d'engourdissement, puis au bout de trois ou quatre séances, le ganglion acquiert une dureté qui augmente jusqu'à la disparition de la glande.

Les ganglions suppurés et fistuleux paraissent évoluer plus rapidement vers la guérison.

Ces propositions sont basées sur sept observations ajoutées à la note qui vous est adressée ainsi que sur l'examen des observations qui avaient fait l'objet du mémoire précédent de M. Reboul.

Parmi les observations de M. Reboul, il en est de trois ordres.

Dans une première catégorie de faits, on voit des trajets fistuleux

consécutifs a des adénopathies suppurées, ces trajets aboutissent à des ganglions tuméfiés; des injections faites dans ces fistules les améliorent et quelquefois les guérissent.

Une deuxième classe d'observations nous montre des ganglions ramollis, fluctuants, du volume d'une amande, par exemple; le ganglion fluctuant est vidé, puis injecté au naphtol camphré; les autres sont durs, ils sont injectés de même, et au bout de huit ou de dix mois, la guérison est obtenue par des séries d'injections (obs. I et II).

La troisième catégorie de faits (obs. III du mémoire de M. Reboul) est de beaucoup la plus intéressante.

Un ouvrier de 32 ans a des adénopathies tuberculeuses multiples des régions sterno-mastoïdiennes, sous-maxillaires et sus-claviculaires.

Les ganglions durs du volume d'une noisette à un œuf de poule forment une masse lobulée irrégulière étendue de l'apophyse mastoïde au sternum. La déformation de la région est considérable et le malade ne peut plus boutonner le col de sa chemise.

Il y a en un mot une difformité produite par cette adénopathie cervicale occupant toute la circonférence du cou, et en même temps gêne des mouvements du cou et de la déglutition.

Au bout d'un an de traitement, les ganglions sont petits, durs, seulement appréciables à l'exploration attentive et le cou a repris son volume normal.

Il y a là, selon moi, trois catégories de faits très distincts:

Dans un premier cas vous avez des trajets fistuleux aboutissant à des ganglions peu nombreux en partie vidés; l'injection de naphtol peut les guérir complètement; on peut donc la tenter. Mais il existe déjà, dans ce cas-là, une cicatrice cervicale qui est laide si l'injection de naphtol ne réussit pas rapidement et menace de faire attendre la guérison cinq ou six mois, il me parait beaucoup plus simple de découvrir le ganglion par une incision, de l'extirper et de faire le curage du trajet, on aura de la sorte une guérison plus sûre et plus rapide.

Dans un deuxième cas, les ganglions, au nombre de trois, sont ramollis, une ponction peut facilement les vider et une injection peut en amener la guérison rapide, pourquoi ne pas la tenter? C'est ce qui est arrivé à M. Reboul, à M. Moty, à moi-même, et M. David, dans sa thèse, en donne de nombreux exemples. Je crois l'injection de naphtol camphré recommandable dans ces cas, parce qu'elle guérit bien et laisse le minimum de cicatrice. Mais ce serait une erreur de croire qu'elle réussit toujours.

Et j'ai l'observation d'un garçon que j'ai traité par les injections naphtolées pendant trois mois à la Maison de santé. Au bout de ce

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 46.8.93. *Le gérant :* G. Masson.

temps il était amélioré, mais non guéri; mais sur sa demande, pour en finir, je lui extirpai les trois ganglions, après lui avoir fait perdre trois mois.

Pour me résumer, je crois que, dans les cas de ganglions superficiels bien limités, d'un accès facile, l'injection de naphtol camphré doit être essayée; mais que si elle ne réussit point en huit ou quinze jours à amener une réduction considérable du ganglion, il ne faut pas s'entêter à continuer une thérapeutique en fin de compte beaucoup plus longue et plus ennuyeuse que l'extirpation.

J'arrive au point le plus important, à ces adénopathies occupant toute la circonférence de la région cervicale, simulant le lymphadénome et occupant à la fois les régions superficielles et profondes.

L'observation III de M. Reboul nous présente un exemple de cette variété, c'est elle qui a attiré tout spécialement mon attention, c'est elle dont la thérapeutique mérite je crois d'être discutée devant vous.

Je vous rappelle que le malade de M. Reboul avait les ganglions cervicaux superficiels et profonds, envahis depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au sternum, que les mouvements du cou, que la déglutition étaient entravés; au bout d'un an d'injections interstitielles il était guéri. Frappé de ce fait, j'ai soigné avec conviction trois malades qui se trouvaient dans les mêmes conditions.

La première de ces malades, femme de 26 ans, nerveuse et fantasque, s'est soumise au traitement pendant deux mois, puis trouvant l'amélioration peu sensible, elle m'a quitté.

La deuxième est une femme de 30 ans, qui depuis un an, avait vu se développer une tuméfaction cervicale du volume d'une orange. Au moment où nous l'observons, la tuméfaction fournie par la réunion d'une série de tumeurs ganglionnaires, occupait la moitié supérieure de la région sterno-mastoïdienne, elle était limitée en haut par l'apophyse mastoïde, en arrière par le bord antérieur du trapèze, s'avançait en avant jusqu'à la glande sous-maxillaire et descendait en bas jusqu'à quatre travers de doigt de la clavicule. Cette masse ganglionnaire formait une tumeur distincte de quatre ou cinq ganglions du volume d'une noisette disséminés dans la région sus-claviculaire correspondante.

Le diagnostic ne laissait point que de présenter de réelles difficultés; mon collègue M. Schwartz, qui m'avait adressé la malade, hésitait entre une adénopathie tuberculeuse et un lymphadénome, et je partageais son hésitation. Je soumis cette femme aux injections de naphtol. Et le premier résultat que j'obtins fut de provoquer la suppuration des ganglions injectés, ce qui me permit d'affirmer le diagnostic de tuberculose ganglionnaire. Puis je con-

tinuai pendant huit mois les injections, faisant suppurer et vidant successivement tous les ganglions. Au mois d'août cette dame était très améliorée, je l'envoyai aux bains de mer, et depuis lors je n'en avais pas reçu de nouvelles, je lui ai écrit il y a huit jours et elle m'apprend que si elle n'est pas venue me voir, c'est qu'elle est devenue enceinte, qu'elle est accouchée de deux jumeaux et qu'elle n'a plus aujourd'hui dans la région cervicale que des bosses dures disséminées et non saillantes.

Voilà donc une femme qui a tiré un réel bénéfice des injections.

La troisième est plus intéressante encore; il s'agit d'une femme de 26 ans dont tous les ganglions sous-maxillaires et sterno-mastoïdiens étaient envahis ainsi que quelques ganglions sus-claviculaires, les uns étaient ramollis et fistuleux, les autres durs du volume d'une noisette, d'une amande ou d'un œuf de pigeon. Je commençai les injections en février 1892, et les continuai jusqu'en juillet, époque à laquelle la malade étant considérablement améliorée, je l'envoyai aux bains de mer. Elle en revint en octobre se trouvant si bien qu'elle se maria. A ce moment le côté gauche était complètement guéri, le côté droit restait encore volumineux; or, pendant les sept mois de traitement, ces injections avaient porté presque exclusivement du côté gauche et à la partie supérieure du côté droit, aujourd'hui la malade conserve de l'augmentation de volume des ganglions sus-claviculaires droits.

Mais elle est contente du résultat obtenu, les injections l'ennuient et finalement le traitement est interrompu.

Chez ces deux femmes l'intervention sanglante eût été dangereuse, et, de plus, elle eût laissé des cicatrices énormes, aussi je n'hésite pas à déclarer que dans ces conditions exceptionnelles la thérapeutique des injections me paraît préférable à toute autre. Mais il est bon de savoir que cette thérapeutique réclame une patience énorme de la part du patient et du chirurgien, et que c'est au bout d'un an que l'on aura un résultat, si on en a un

En résumé, je crois l'injection de naphtol camphré, bonne dans le traitement des adénopathies tuberculeuses dans deux cas :

1° Lorsqu'on a un ou deux ganglions superficiels fluctuants que l'on peut bien vider, on substitue au pus du naphthol et la guérison est rapidement obtenue.

2° Dans ces adénopathies énormes où une intervention sanglante laisserait des cicatrices considérables, où la recherche des ganglions profonds serait dangereuse.

Dans ces cas-là, le traitement sera interminable, mais il mérite, je crois, d'être recommandé.

Pour tous les autres cas, la thérapeutique médicale comprenant

le séjour au bord de la mer ou l'intervention chirurgicale me paraît devoir être préférée.

Discussion.

M. Delorme. Je crois qu'il faudrait un très grand nombre d'exemples de guérison pour établir la valeur des injections de naphtol camphré, car, un tiers au moins des adénites tuberculeuses guérissent spontanément ou, du moins, s'améliorent considérablement. Si le naphtol est utile dans les ganglions volumineux et suppurés, son action est bien plus incertaine dans les engorgements ganglionnaires durs. D'autre part, il m'est arrivé de ne faire les injections intra-ganglionnaires qu'avec la plus grande appréhension dans la région carotidienne, je crois le bistouri beaucoup plus simple.

M. Quénu. Souvent depuis deux ans j'ai employé les injections de naphtol camphré dans les adénites tuberculeuses. Les résultats que j'ai obtenus se rapprochent de ceux qui viennent d'être indiqués par M. Nélaton dans son rapport. Il me semble qu'il y a une distinction très importante à faire suivant l'âge des malades, selon qu'on a affaire à des enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, ou bien à des sujets plus âgés. Chez l'enfant, la suppuration survient très facilement, et guérit par n'importe quel procédé. Je me sers habituellement pour ouvrir ces abcès de la pointe du galvanocautère. Chez l'adulte, on peut avoir affaire à des cas différents; ou bien, il s'agit de ganglions solitaires, isolés, ou bien de ganglions agglomérés, ou même fusionnés avec le tissu cellulaire voisin. Lorsqu'il s'agit de ganglions isolés, on est tenté de les enlever avec le bistouri, mais on a l'inconvénient de la cicatrice, aussi je préfère avoir recours au traitement général et aux injections interstitielles de chloruro de zinc. Quand les ganglions sont agglomérés entre eux et qu'il y a des trajets fistuleux, j'en fait la cautérisation avec le galvanocautère.

M. Berger. J'ai substitué les injections de naphtol camphré à l'éther iodoformé que j'ai vu produire des escarres cutanées, je les emploie surtout dans les adénopathies ramollies et fluctuantes, jamais dans les ganglions indurés. Dans bon nombre de cas, j'ai obtenu de la sorte des résultats avantageux. Chez une jeune femme, entre autres, qui portait dans la région sous-claviculaire un ganglion tuberculeux, j'ai fait dans ce ganglion deux injections de naphtol camphré, à la suite desquelles l'orifice de la ponction est devenu fistuleux, il y a eu évacuation du contenu du ganglion et enfin cicatrisation complète. Dans les cas où il existe au centre du

ganglion des masses solides, je fais d'abord une ponction évacuatrice, puis l'injection. Je pense qu'il faut éviter autant que possible l'extirpation.

M. Reynier. J'ai essayé les injections de naphtol camphré, et je ne les ai pas trouvées préférables aux autres substances antiseptiques ; l'iodoforme me semble beaucoup plus sûr; mais j'ai renoncé à l'éther iodoformé à cause de la production possible d'escarres. Je donne la préférence à la glycérine iodoformée. Comme M. Delorme, je pense que beaucoup de ganglions tuberculeux guérissent spontanément. Sur un jeune homme ayant une chaîne de ganglions cervicaux engorgés, je fis au cou des injections interstitielles; à la région sus-claviculaire, je pus pratiquer l'extirpation ; je laissai en place les ganglions parotidiens ; depuis lors j'ai revu ce malade : ces ganglions avaient disparu spontanément.

M. Félizet. La division proposée par M. Nélaton me semble très logique; ou bien on a affaire à des ganglions ramollis ou même fistuleux, ou bien à des ganglions encore tout à fait durs. Ces derniers ganglions peuvent eux-mêmes se rencontrer en deux états différents, ou bien ils constituent des masses entièrement charnues, ou bien ils ont subi la dégénérescence caséeuse; or, cette dernière variété, les ganglions caséeux, peut donner des insuccès avec le naphtol camphré, comme aussi avec les autres substances, salol et chlorure de zinc. Il est un autre topique que je crois supérieur, c'est la teinture d'iode iodurée qui a l'avantage de ne pas se précipiter dans les tissus. On peut ainsi obtenir la guérison, non seulement des ganglions injectés, mais encore des ganglions situés en aval. J'ai vu ainsi les injections pratiquées dans des ganglions cervicaux, amener la guérison dans deux cas d'adénopathies trachéo-bronchiques.

M. Tuffier. L'âge a, je crois, une importance capitale; chez les enfants, la guérison peut être obtenue par tous les procédés. Mais ce que je veux surtout indiquer, c'est la difficulté de l'extirpation dans les cas où l'on a eu recours antérieurement aux injections interstitielles; il se produit alors une sclérose péri-ganglionnaire qui rend la dissection très difficile.

M. Segond. Je n'ai point fait d'injections interstitielles de naphtol camphré; toutefois je m'associe aux conclusions de M. Nélaton pour les deux premières catégories de ganglions qu'il a établies. Pour la troisième variété, les ganglions indurés, je pense que l'énucléation constitue une opération facile et sans danger, donnant au point de vue de la forme, des résultats excellents. Parmi mes

derniers opérés, trois au moins avaient subi antérieurement des injections interstitielles; or, chez eux, l'extirpation a présenté de bien plus grandes difficultés.

M. Lucas-Championnière. Je crois qu'on peut guérir par les injections interstitielles les ganglions même suppurés, mais je ne pense pas que le naphtol camphré soit préférable aux autres topiques; pour ma part, je donne la préférence à l'iodoforme en suspension dans la vaseline ou dans la glycérine.

Présentation de malade.

M. Delorme présente un malade atteint d'une ostéite de la face antérieure du sacrum près de l'articulation sacro-iliaque avec nécrose d'une portion osseuse sacrée des dimensions de la dernière phalange du pouce, vastes abcès froids fessiers communiquant entre eux par une poche comprise entre le sacrum et le rectum décollé dans toute sa portion sous-péritonéale. Cet homme a été guéri rapidement par des injections de crésol à 5 0/0 suivies, au bout de quelques mois, du raclage des poches purulentes et de l'ablation du sequestre.

Présentation d'instrument.

M. Richelot présente, au nom de M. Chaput, une pince construite par M. Favre et possédant trois rangées de dents parallèles qui l'empêchent de déraper.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire annuel,

E. Kirmisson.

Séance du 5 juillet 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Delens, demandant un congé d'un mois.

Suite de la discussion sur l'appendicite.

M. Reynier. M. Quénu a émis l'opinion que, si l'on intervient à la période aiguë, il faut se contenter de l'ouverture des abcès. Je partage cette manière de voir. L'appendice étant souvent largement adhérent à la face externe du cœcum, on court le risque, en cherchant à le détacher, de déterminer la perforation de l'intestin. Chez deux malades traités par la simple incision des abcès et suivis par moi, la guérison persiste depuis deux ans. L'année dernière, j'ai eu l'occasion d'intervenir chez un malade qui présentait au début des accidents de péritonite généralisée; j'ai attendu, il y a eu localisation des phénomènes au niveau de la région cœcale, et j'ai pu ainsi pratiquer une intervention beaucoup plus sûre. Il s'agissait d'un homme de 35 ans, tuberculeux, ayant présenté antérieurement une constipation opiniâtre. En juin 1892, il fut pris subitement de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite; je le vis pour la première fois, le 23 juin, et je constatai des signes de péritonite généralisée, douleurs, vomissements, ballonnement du ventre. Pendant dix jours, je m'en tins à l'expectation; les accidents se limitèrent à la fosse iliaque droite où il se produisit une voussure. Le 3 juillet, j'intervins en faisant une incision parallèle au muscle droit; il y eut issue de pus mélangé de matières intestinales; trois jours après, les matières fécales faisaient issue par la plaie ; au bout d'un mois, la cicatrisation était complète.

M. Monod. Je puis citer un fait à l'appui de l'opinion qui a été émise par MM. Reynier, Quénu et Bouilly. Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, atteinte d'appendicite suppurée. Je me contentai d'ouvrir le foyer purulent et de pratiquer le drainage; au bout de deux jours, il y eut issue de matières fécales par la plaie. Cette jeune fille opérée depuis cinq mois, reste aujourd'hui, complètement guérie. Cette pratique est du reste beaucoup plus répandue qu'on ne paraît le croire parmi nous. Sur 42 cas, 28 fois Roux s'est borné à une simple incision; 12 fois seulement, il a pratiqué la résection de l'appendice. C'est donc une erreur de croire qu'il faille réséquer toujours l'appendice. Ce matin encore, dans une intéressante leçon de notre collègue le Dr Rendu, insérée dans le *Bulletin médical*, je lisais ce qui suit : « Ces cas guérissent bien quand le foyer est bien limité, est drainé avec soin et quand on résèque l'appendice. »

M. Schwartz. Dans un cas qui s'est présenté à moi il y a quelques semaines, le malade portait une énorme collection purulente passant au dessous de l'arcade de Fallope. C'est seulement après un examen soigneux qu'on put faire le diagnostic d'appendicite. La guérison fut obtenue par la simple incision et le drainage de l'abcès sans résection de l'appendice. J'ai tenu la même conduite dans un second cas qui s'est terminé également par la guérison. Je conclus donc avec mes collègues qu'il faut pratiquer la résection de l'appendice seulement quand elle est d'une exécution facile; dans les autres cas, il faut se contenter de l'incision et du drainage.

M. Tuffier. Depuis 1890, j'ai eu l'occasion d'intervenir 17 fois contre des appendicites. Je pense que ces cas doivent être rangés en trois catégories, suivant qu'il s'agit de péritonites aiguës généralisées, d'opérations faites à froid, ou de péritonites aiguës localisées. Quatre fois j'ai eu affaire à des péritonites aiguës généralisées; sur ce nombre, j'ai eu deux morts survenues au cinquième et au onzième jour, et deux guérisons. Des deux malades guéris, l'un a été présenté ici. C'était un homme chez lequel l'appendicite avait donné lieu à des phénomènes d'obstruction intestinale; c'était du reste, chez lui, la première attaque. Atteint à cinq heures, il fut opéré à neuf heures, le foyer fut incisé et l'appendice réséqué; la guérison fut obtenue très simplement. Le second malade guéri est un étudiant de 19 ans, qui fut opéré au bout de quarante-huit heures ; chez lui, l'appendice était gangréné, et il existait une plaque de sphacèle de la largeur d'une pièce de deux francs sur le cœcum. Il y eut tout d'abord production d'une fistule; mais la guérison complète fut obtenue. Je pense que, dans la péritonite généralisée, la résection de l'appendice est indiquée; du reste,

dans ces cas, elle est généralement facile. — J'ai fait trois fois des opérations à froid pour des appendicites à rechutes; sur ce nombre, il y a eu une mort ultérieure par tuberculose pulmonaire. — Dix fois j'ai opéré pour des péritonites localisées; de ces malades l'un est mort par péritonite, un second par tuberculose; trois fois seulement sur ces dix cas, j'ai fait la résection de l'appendice. En somme, il me semble qu'il faut pratiquer la résection de l'appendice dans les cas faciles; et dans les autres, se contenter d'inciser et de drainer.

M. Nélaton. M. Reynier a parlé de péritonite généralisée arrivant à se localiser; je crois qu'il ne faut pas laisser s'établir une pareille notion qui serait désastreuse. J'ai vu dans la péritonite généralisée la mort survenir au sixième jour, et déjà le pus remplissait la totalité de la cavité péritonéale. Je pense que, dans le cas de M. Reynier, il s'agissait d'un gros foyer de péritonite enkystée. Dans la péritonite généralisée, il ne faut pas compter sur une limitation possible des accidents, et opérer, au plus tard, au troisième ou au quatrième jour.

M. Reynier. En parlant de péritonite généralisée arrivant à se circonscrire, je n'ai point eu en vue les cas où il y a de la suppuration. Mais au moment où une perforation intestinale se produit, il y a un retentissement général sur tout le péritoine qui peut ultérieurement se dissiper.

M. Quénu. M. Nélaton pense que la péritonite généralisée ne guérit pas; M. Reynier, au contraire, estime que la guérison est possible quand la péritonite n'a pas suppuré. Il est, en effet, très difficile parfois, de distinguer la péritonite généralisée du péritonisme. Dernièrement encore, j'ai pu voir un jeune homme de 21 ans, qui présentait tous les phénomènes de la péritonite, moins l'élévation de température; des applications de glace sur le ventre, l'emploi de la morphine ont calmé les accidents; au troisième jour, les phénomènes inflammatoires étaient localisés à la fosse iliaque droite, et j'ai pu intervenir pour donner issue au pus. Dans les cas douteux, le seul signe ayant une valeur scientifique serait l'examen bactériologique du liquide contenu dans la cavité péritonéale.

Rapport

Sur une lettre adressée à la Société de chirurgie
par M. Poirier.

Rapport par M. Reclus.

Dans la dernière séance, votre Secrétaire général recevait de M. Poirier, chef des travaux anatomiques de la Faculté, une lettre parfaitement correcte, mais que nos règlements interdisaient de lire en séance publique. Aussi a-t-elle été, selon l'usage, renvoyée à une commission composée de MM. Chauvel, Berger et Reclus, rapporteur.

Vous connaissez les faits : M. Larger, membre correspondant de notre Société, est venu nous lire un travail sur les bourses séreuses des radiaux et sur le siège précis de l'aï crépitant. Le fond et la forme de cette communication ont paru contestables à M. Poirier, plusieurs fois nommé et expressément pris à partie par M. Larger. Aussi M. Poirier a-t-il cru devoir déposer une réponse sur la tribune même d'où était partie l'attaque. Votre commission en a délibéré et voici son avis unanime :

Sur la question de forme, votre commission regrette que des circonstances qu'elle connaît fort bien, aient empêché le bureau d'entendre certaines expressions qu'elle réprouve comme étant au moins inutiles au débat. Si elles avaient été entendues, elles auraient été arrêtées au passage par notre président dont, tous, nous aimons à proclamer, en même temps que l'extrême bienveillance, la fermeté, la rectitude d'esprit et le tact. Mais le comité de lecture, seul et dernier juge en pareille matière, a décidé, d'accord avec l'auteur, de ne publier que la partie strictement scientifique du travail de M. Larger. Et puisque l'attaque ne figurera pas dans nos *Bulletins*, la défense n'a plus raison d'y figurer.

Sur la question de fond, nous nous déclarons incompétents; nous n'avons pas qualité pour recueillir les textes, les analyser et proclamer qui des deux adversaires a raison. Le condamné aurait toujours droit d'appel et qui donc alors « jugerait le juge » comme disent les Ecritures? Voilà pourquoi nous pensons que ce débat doit se poursuivre, non à cette tribune, mais dans la Presse, et il ne peut manquer d'intéresser vivement le lecteur. Aussi votre commission vous propose-t-elle de déposer la lettre de M. Poirier aux archives et de passer à l'ordre du jour.

Discussion.

M. Périer. Je remercie M. Reclus des paroles trop élogieuses qu'il a employées à mon égard; si mon attention n'avait pas été détournée au moment où M. Larger a pris la parole, je serais intervenu en temps utile pour l'empêcher d'attaquer une personne qui n'appartient pas à la Société de chirurgie. Mais, j'étais sans défiance, en voyant à la tribune un collègue ancien, que je supposais au courant des usages de notre Société.

Les conclusions du rapport de M. Reclus sont mises aux voix et adoptées.

Suite de la discussion sur le traitement des adénites tuberculeuses du cou.

M. Marchand. Le traitement des ganglions tuberculeux du cou, ou des autres groupes ganglionnaires accessibles à l'action chirurgicale ne saurait être le même dans tous les cas et varie nécessairement comme leur état anatomo-pathologique lui-même. Le diagnostic présente certaines causes d'erreur, mais peut être établi le plus souvent; c'est lui qui alors peut imposer le choix de la méthode curative à appliquer dans l'espèce.

Pour me faire mieux comprendre, permettez-moi de rappeler très brièvement les phases principales de l'affection tuberculeuse des ganglions lymphatiques.

Dans une première étape, l'agent infectieux, d'où qu'il soit provenu, détermine un état irritatif se traduisant par l'hypertrophie des ganglions contaminés. L'augmentation de volume se produit lentement, et on observe, ce qui est noté depuis fort longtemps, une tendance à l'envahissement progressif des groupes ganglionnaires qui reçoivent la lymphe provenant des parties affectées.

Certain degré de sensibilité spontanée ou déterminée par la pression, indique qu'il ne s'agit point là d'un travail purement hypertrophique, mais bien de nature irritative.

Le tissu des organes affectés ne présente point encore de grosses lésions macroscopiques; leur gaine celluleuse est intacte, comme le démontre leur parfaite mobilité.

Les sections transversales des tumeurs montrent un tissu analogue à celui des ganglions normaux. Dans quelques cas cependant, on distingue des granulations grises très nettes, l'examen

bactériologique décèle la présence du bacille de Koch dans ce tissu simplement hypertrophié en apparence.

Dans une deuxième période, sous l'influence de lésions vasculaires bien connues, le tissu proliféré se nécrobiose. Des îlots jaunâtres peu volumineux se développent, puis deviennent confluents et finissent par transformer toute la partie centrale du ganglion en une substance absolument analogue au tubercule crû. Ultérieurement, les parties caséeuses se ramollissent; un liquide purulent d'aspect les désagrège; la coque du ganglion jusque-là restée saine est elle-même envahie. Surviennent les accidents de la périadénite; les tumeurs jusque-là mobiles, se soudent entre elles ainsi qu'aux organes voisins.

Surviennent enfin les accidents inflammatoires qui président à l'élimination des parties altérées, et les conséquences toujours fâcheuses de ces accidents. Suppurations prolongées, fistules multiples, d'une guérison lente et difficile; toujours retentissement fâcheux sur l'état général des individus.

Les indications thérapeutiques sont différentes à ces trois périodes. Au début de la phase pseudo-hypertrophique (car les premiers accidents sont bien réellement dus aux processus irritatifs causés par le bacille) il y a beaucoup à attendre du traitement médical, seul ou combiné avec les injections interstitielles.

Les divers liquides proposés peuvent donner des succès, à la condition qu'ils jouissent d'un pouvoir microbicide stérilisant, suffisamment énergique. Il est toutefois difficile d'affirmer quel est l'agent répondant le mieux à ces indications. L'arsenic, l'iode, l'iodoforme, le chlorure de zinc, le naphtol camphré ont eu leurs défenseurs, et en réalité ont tous donné des succès.

L'extirpation doit-elle être systématiquement proscrite à cette période? Je ne le pense pas, car précisément il est possible au moyen d'une opération des plus simples et des plus innocentes de couper court à l'évolution d'une affection des plus fâcheuses, que les méthodes indirectes sont très souvent impuissantes à enrayer.

A la deuxième période, les ganglions altérés sont devenus un danger permanent d'infection pyémique et de dissémination bacillaire. La doctrine de Cohnheim doit actuellement encore éclairer et diriger notre thérapeutique : tout foyer caséo-tuberculeux accessible à l'action chirurgicale doit être détruit aussi complètement que possible.

Dans les limites raisonnables donc où elle se peut pratiquer, l'ablation, l'éradication complète de ces foyers s'impose à nous. Ces opérations sont plus effrayantes qu'elles ne sont dangereuses en réalité, et depuis plusieurs années, à Saint-Antoine et à Saint-

Louis j'ai pratiqué sur le cou, l'aisselle et l'aîne elle-même un nombre considérable de ces larges ablations sans aucun incident fâcheux.

Il n'est aucun territoire cervical contre lequel je n'aie eu à agir; j'ai extirpé par des opérations isolées ou combinées, les groupes sous-maxillaires, précarotidiens, sous-sterno-mastoïdiens, sus-claviculaires; j'ai pu souvent isoler comme dans une préparation anatomique les organes si importants des régions précarotidienne et sous-maxillaire, sans avoir eu le moindre accident.

Tous mes malades ont guéri, et presque constamment, leur état général subissait une amélioration tout à fait remarquable.

Un certain degré de périadénite ne me semble point une contre-indication formelle. Je me sers, avec les ménagements de rigueur, pour disséquer les adhérences qui ne cèdent point aux manœuvres de l'énucléation, tantôt et suivant les circonstances, du bistouri ou des ciseaux.

Je n'ai jamais blessé une artère de quelque importance. Ce sont les hémorragies veineuses qui causent le plus d'ennui, et j'ai dû quelquefois laisser à demeure, sur des veines assez volumineuses qu'il eût été difficile de lier, quelques pinces à forcipressure. La plaie bien désinfectée, bourrée de gaze iodoformée, n'était réunie que vingt-quatre ou quarante-huit heures plus tard. La réunion par première intention s'est faite très régulièrement, sans laisser de cicatrices plus défectueuses que dans les cas simples. J'ai constaté que les adhérences sont presque toujours plus fermes vers les parties superficielles ; et j'ai été plus d'une fois agréablement surpris de la facilité avec laquelle se laissait décoller la partie profonde d'un ganglion précarotidien, dont les adhérences superficielles m'avaient, dès l'abord, mal impressionné.

Il est important de se créer une large voie vers les tumeurs ; la raison n'a point besoin d'en être expliquée.

J'ai dû, très exceptionnellement, lorsque le ramollissement est très avancé, et qu'il existe une fragilité excessive de la coque ganglionnaire, laisser en place des portions plus ou moins considérables de tissus altérés. Après grattage et désinfection soignés, je réunissais quand même, et n'ai eu qu'à me féliciter de cette manière de faire.

J'ai disséqué de véritables abcès intra-ganglionnaires, au cou et à l'aisselle. J'ai pu isoler la totalité des poches et obtenir des plaies nettes que je réunissais et qui guérissaient par première intention, comme si les tissus n'avaient subi aucune infection du voisinage du pus.

Il a été fait allusion aux difficultés particulières que présentent certaines opérations portant sur les régions sous-mastoïdienne supé-

rieure et pré-carotidienne, lorsque l'on veut nettoyer ces régions à fond. Il est indispensable, dans ces cas, de pratiquer une double incision antérieure et postérieure, parallèles aux bords du sterno-mastoïdien.

Il convient de se rappeler que la dissection du bord postérieur de ce muscle est quelque peu périlleuse, en raison de son voisinage avec la jugulaire interne. Elle est indispensable cependant pour mener à bien certaines opérations qu'il serait impossible d'achever autrement.

Ces grandes incisions laissent toujours des cicatrices linéaires peu disgracieuses lorsqu'elles ont blanchi.

Les récidives sur place sont rares lorsque les opérations ont été bien complètes. Je viens de revoir tout récemment une jeune femme de 23 ans que j'ai opérée à Saint-Antoine, il y a six ans, d'une double tumeur ganglionnaire sous-mastoïdienne énorme.

Cette jeune femme qui, depuis, a eu un enfant, ne présente aucune trace de récidive cervicale. Les quatre lignes cicatricielles qui marquent les bords des sterno-mastoïdiens sont absolument linéaires. Elle porte depuis quelques mois, dans l'aisselle gauche, une tumeur ganglionnaire du volume d'un gros œuf, sans nul doute de nature tuberculeuse, comme l'étaient les ganglions cervicaux tous caséeux à leur centre, et que je me propose de lui enlever incessamment.

L'appareil pulmonaire semble actuellement indemne de toute lésion.

A la période de suppuration et de fistules, on en est réduit aux débridements qui facilitent l'élimination des produits infectieux sécrétés par les cavernes ganglionnaires, aux grattages, aux injections et pansements microbicides. Dans ces cas, l'iodoforme, le naphtol camphré, la teinture d'iode, etc., etc., reprennent toute leur valeur.

Il m'est arrivé, dans certains cas déterminés, de pouvoir enlever en totalité des masses suppurantes qu'il était possible de circonscrire et de bien isoler. Ces interventions ne peuvent être exécutées que très exceptionnellement ; mais quand elles sont possibles, elles simplifient et abrègent singulièrement le traitement parfois si long de ces accidents.

M. Moty. De tous les topiques antituberculeux, le naphtol camphré est celui qui me paraît le meilleur. Je ne l'emploie pas exclusivement, parce qu'il y a souvent avantage à changer de médication dans les cas de grandes cavités ou de larges ulcères tuberculeux, mais c'est le naphtol qui fait, pour moi, la base du traitement local.

Je l'emploie comme moyen de pansement après les opérations nécessitées par la tuberculose des différents tissus et de la façon suivante : Après avoir lavé la plaie à l'eau très chaude et avoir chauffé les points douteux au thermocautère, je badigeonne largement au naphtol camphré ou j'injecte cette substance par un drain après la réunion des parties profondes et de la peau.

Je continue ainsi jusqu'à cicatrisation, mais comme il reste souvent des fongosités au-dessous des cicatrices, j'injecte alors tous les huit ou quinze jours, avec une seringue de Pravaz, quelques gouttes de naphtol dans ces fongosités et je les stérilise ainsi. Tous les anciens malades, traités par ce procédé, qu'il m'a été donné de revoir, sont restés parfaitement guéris. Je n'en veux citer qu'un petit nombre.

Obs. I. — P..., âgé de 50 ans, tuberculose pulmonaire et tuberculose du poignet droit, — évidement de la tête du cubitus, le 31 janvier 1892; guérison complète du poignet en juillet avec conservation des mouvements. — En janvier 1893, gomme suppurée de l'aisselle du même côté, pansements au naphtol, guérison complète aujourd'hui et santé générale satisfaisante.

Obs. II. — B..., 42 ans, amputé de cuisse pour ostéo-myélite traumatique ancienne, est atteint en mars d'adénite tuberculeuse de l'aisselle droite — le curetage après cocaïnisation reste incomplet à cause de l'état scléreux de l'aponévrose que nous voulons ménager pour ne pas rendre pénible à notre malade l'usage ultérieur de ses béquilles. — Injection de naphtol camphré par le drain. Dans la suite, injections interstitielles de la même substance dans la masse scléreuse.

Opéré à la fin d'avril, le malade est complètement guéri à la fin de mai et reprend l'usage de ses béquilles à la fin de juin.

J'ai choisi deux observations de sujets âgés parce que la guérison naturelle est d'autant plus rare que l'âge est plus avancé. Depuis trois ans j'ai renoncé complètement à l'usage de l'iodoforme qui m'avait donné coup sur coup trois cas de lymphorragie grave et jusqu'ici je n'ai pas rencontré de faits d'intolérance pour le naphtol camphré ; je préfère également cette dernière substance au chlorure de zinc, parce qu'elle est moins douloureuse.

En second lieu, j'emploie le naphtol dans les ganglions ou les gommes suppurées, en ponctionnant au bistouri la masse ramollie et en injectant ensuite sa cavité avec une seringue à injection remplie de naphtol, en retirant la seringue, j'applique vivement la pulpe du doigt sur la petite plaie et je panse avec un tampon naphtolé. De quatre à six jours après, je déchire la cicatrice cutanée avec le bec de ma seringue de verre, je vide et je

réinjecte. Dans les cas franchement aigus, deux injections peuvent suffire à assurer la guérison.

Quand il s'agit de ganglions durs, le traitement est beaucoup plus long, mais il a toujours l'avantage d'être fort simple et de ne pas enlever les malades à leurs occupations.

Obs. III. — Le nommé G..., m'est évacué le 7 novembre par mon collègue Burlureaux pour être opéré d'une volumineuse adénite du cou que le traitement général a peu modifiée.

C'est un homme de 21 ans, d'apparence robuste, mais qui a dans ses antécédents une fièvre typhoïde et de fréquentes bronchites. Son adénite, qu'il n'a remarquée qu'il y a deux mois, s'est accrue très rapidement.

Le 21 décembre, je fais une grande incision sur la tumeur et j'isole sa face antérieure. Je cherche à isoler de même sa face postérieure et je sectionne entre deux pinces trois ou quatre branches de la carotide externe englobées dans sa masse. Mais il ne me paraît pas prudent de poursuivre son ablation en totalité. Son volume est celui d'un œuf d'oie, elle adhère au paquet carotidien, je la sectionne donc transversalement et j'enlève sa moitié supérieure.

Le centre de la tumeur, formé par un énorme ganglion, renferme du sang coagulé et du magma phymatoïde en voie de ramollissement.

Je saisis alors la partie inférieure encore adhérente, je l'isole avec des pinces et en m'aidant de la sonde cannelée et je l'enlève enfin; mais au moment où j'enlève mes pinces, un flot de sang veineux jaillit. Plaçant alors les doigts d'un aide aux deux extrémités de la plaie en lui recommandant de comprimer les vaisseaux, je reconnais une déchirure au côté externe de la jugulaire; je tente une ligature latérale, elle glisse, et enfin j'isole la veine du nerf et de l'artère, et je la lie au catgut au-dessus de la plaie. Faisant alors cesser la compression, je reconnais que l'hémostase est obtenue et, laissant en place les pinces qui oblitèrent les branches artérielles sectionnées, je réunis la plaie au moyen d'un large point de suture enchevillée en anse, dont la partie profonde passe immédiatement au-dessus du paquet carotidien, et par quelques points superficiels. Suites simples; les pinces sont enlevées quarante-huit heures après, la réunion se fait assez rapidement. Le malade sort réformé le 28 février suivant.

Je l'ai suivi depuis, il a continué l'usage de l'huile de foie de morue créosotée, a présenté à la fin de 1890 une parésie passagère (huit jours) de la partie inférieure des jambes, en rapport peut-être avec une gêne de la circulation cérébrale en retour.

Mais avant cette époque, il avait une petite récidive ganglionnaire du côté opéré. Je lui enlève le 30 avril 1890, un petit ganglion derrière l'angle de la mâchoire, et en mai et juin je lui fais trois séances d'injections de naphtol dans sa cicatrice ou dans de petits ganglions voisins. Le 25 juillet, il est complétement guéri.

En décembre 1891, nouvelle récidive, mais cette fois dans un ganglion médian sus-hyoïdien. Je lui fais deux séances d'injections, et se croyant guéri, il ne revient me voir qu'en juillet suivant; deux dernières séances d'injection complètent alors sa guérison. Revu en avril 1893, il offre toutes les apparences d'une excellente santé.

En résumé, le malade est arrivé à une guérison complète, sans avoir suspendu son travail depuis sa sortie de l'hôpital. Dans un cas semblable, je ne ferais plus courir à mon malade les dangers d'une grave opération et je me contenterais de ponctionner la tumeur et d'y injecter du naphtol camphré. J'ai la conviction que la guérison définitive serait atteinte aussi et peut-être même plus rapidement que par une opération presque forcément incomplète.

Voici maintenant une troisième indication du naphtol; elle a été formulée par M. Berger, dont j'adopte pleinement la manière de voir.

Obs. IV. — Une jeune fille de 12 à 13 ans habitant le Havre est atteinte depuis cinq ans d'une petite gomme tuberculeuse de la joue gauche, siégeant au niveau de la saillie malaire. Notre regretté collègue Leprévost l'a inutilement touchée au thermocautère. La petite masse brunâtre, du volume d'une noisette, persiste et se recouvre malgré tous les topiques, y compris l'iodoforme, de petites croûtes molles caractéristiques, qui se renouvellent obstinément.

Enlever cette tumeur, c'est tracer sur la joue une cicatrice linéaire définitive de cinq centimètres au moins, et après avoir pris l'avis de mon collègue Nimier, je renonce à ce mode de traitement.

En septembre 1890, je commence à faire tous les mois une injection interstitielle de naphtol camphré dans la petite tumeur; dès la deuxième, la croûte tombe pour ne plus se reformer et peu à peu les fongosités disparaissent de telle sorte qu'à la fin de 1892, la lésion est absolument guérie et ne laisserait aucune trace, n'était la cicatrice de la cautérisation ancienne.

Je terminerai par une quatrième indication du naphtol camphré; elle naît de l'impossibilité d'opérer certaines tuberculoses. En voici un exemple :

Le nommé L..., âgé de 23 ans, m'est évacué en février 1891 par mon collègue Vaillard, pour des lésions tuberculeuses multiples. La maladie date de six à huit mois, et actuellement, outre une induration des sommets, on note : 1° des ulcères tuberculeux ayant détruit presque toute la peau du cou;

2° Une luxation de la clavicule droite en arrière du sternum, par suite de destruction de l'article par la tuberculose. Ce foyer passe d'une part en arrière du sternum, et de l'autre vers l'aisselle droite.

Une quantité considérable de pus s'écoule du médiastin à chaque pansement. Un abcès par congestion, en avant de l'appendice xyphoïde communique probablement avec le clapier rétro-sternal.

3° Enfin, la main droite est infiltrée de tuberculose et le genou correspondant fléchi à angle aigu, subluxé et dépourvu de peau à sa face externe sur une longueur de près de 30 centimètres.

Le malade est réduit à l'état de squelette vivant et ses pansements sont extrêmement pénibles.

Je lui donne un traitement général créosoté, et je commence les injections de naphtol dans tous ses trajets, mais sans aucun résultat, d'abord parce que le malade est absolument privé de sommeil par la douleur partant de son genou gauche.

J'ampute alors cette cuisse en plein muscle tuberculeux non suppuré, au tiers supérieur du membre. Je panse à l'eau chaude et au naphtol et je réunis. Le malade survit. Son muscle tuberculeux s'élimine en une sorte de bouillie aseptique pendant les pansements suivants, sans que la réunion en soit retardée ; il dort dès le premier jour qui suit l'opération, et aujourd'hui, après six à huit mois de traitement, toutes ses plaies du cou et de la poitrine sont en voie de cicatrisation, le clapier rétro-sternal est comblé et la facette articulaire droite du sternum tend à se rapprocher de sa position normale et à se recouvrir de bourgeons charnus de bonne nature ; le malade se lève seul et ses pansements sont devenus extrêmement simples; son état général, bien que très précaire encore, s'est considérablement amélioré.

En résumé, je considère le naphtol camphré comme le plus précieux des topiques antituberculeux. Je le préfère au chlorure de zinc que j'ai employé de temps à autre chez mon dernier malade, parce qu'il est moins douloureux ; à l'iodoforme, parce qu'il est plus pénétrant et mieux toléré.

On ne saurait demander à aucun topique la résorption ou l'expulsion des gros sequestres, ni même la résolution des masses fibreuses, véritables fibrômes pérituberculeux ; et il est certain que les topiques, quels qu'ils soient, ont besoin d'être aidés par la médication générale et quelquefois par une intervention chirurgicale, mais ces réserves faites, c'est le naphtol camphré qui m'a donné les meilleurs résultats.

Ce moyen si simple a l'avantage de n'offrir aucun danger, d'être peu douloureux et de se prêter mieux que tout autre à la médecine de campagne ; enfin quand il s'agit de tuberculose ganglionnaire, il permet aux malades de vaquer à leurs occupations sans un seul jour d'interruption ; c'est encore une considération qui a bien sa valeur.

M. Monod. Je m'associe à ce que vient de dire M. Marchand. Comme lui, je pense qu'on peut enlever avec l'instrument tranchant des tumeurs ganglionnaires considérables. Il m'est arrivé

d'extirper ainsi vingt ganglions et plus. Il y a dans ces tumeurs deux catégories de cas à établir, les uns dans lesquels les ganglions sont mobiles, et d'autres où ils sont fusionnés, constituant une masse unique qui n'est plus justiciable de l'énucléation. Et cependant il est important d'en débarrasser les malades, car ces tumeurs peuvent donner naissance à des suppurations et à des fistules persistantes exposant à une terminaison mortelle. Du reste, ce ne sont pas les cas où il existe de la suppuration qui sont les plus rebelles. Dans un cas récent, j'ai pu pénétrer jusqu'au centre d'un ganglion fistuleux et l'enlever avec les ganglions voisins. C'est l'état de la capsule qui constitue les principales difficultés.

Rapports.

Sur un cas d'intoxication grave due à une injection intra-cavitaire de naphtol camphré, par M. Calot, chirurgien de l'hôpital Rothschild, à Berck-sur-Mer.

Rapport par M. Nélaton.

M. Calot nous a adressé la curieuse observation suivante que je reproduis à peu près textuellement :

Un homme de 31 ans M. L... était atteint d'une coxalgie gauche accompagnée d'un abcès assifluent de la région inguinale correspondante. Cet homme avait été soigné à la maison municipale de santé par moi-même et pendant trois mois je l'avait soumis à l'extension continue et j'avais fait dans l'abcès par congestion trois injections de 20 à 25 grammes de naphtol camphré sans que le malade en eût éprouvé aucun inconvénient.

Vers le mois de mai le malade étant amélioré je conseillai le séjour au bord de la mer et le malade partit pour Berck.

M. Calot continua le même traitement, mais désireux de tarir rapidement l'abcès froid il fit une injection de 45 grammes de naphtol camphré dans la poche purulente; à la suite de cette injection, voici ce qui se passa.

Observation. — Une heure après cette petite opération, je voyais se précipiter chez moi l'un des infirmiers du malade, me suppliant d'accourir, celui-ci venant de perdre subitement connaissance et se trouvant dans l'état le plus grave.

La pensée d'une intoxication par le naphtol injecté traverse mon esprit immédiatement. J'arrive près du malade une heure un quart après l'injection.

Je le trouve anéanti dans le coma, l'œil vague, le visage d'une pâleur cadavérique, le corps ruisselant d'une sueur froide. Le pouls était misérable, presque imperceptible, à 130.

L'on me raconte que trois quarts d'heure après mon départ, le malade qui jusqu'alors s'entretenait tranquillement avec son voisin lui avait dit subitement : « Oh pardon, je ne sais ce que j'éprouve, je me sens défaillir, je m'en vais, je me sens mourir... », et s'était affaissé sans connaissance.

Tandis que l'un des deux infirmiers accourait chez moi, l'autre lui faisait avaler de force quelques gouttes de rhum.

Le malade revient à lui après deux ou trois minutes et murmure : « Je vais mieux, mais je me sentais mourir. »

Il promène ses regards autour de lui, puis porte la main à son front. « Oh ma tête ! dit-il, » mais je ne sais pas, je deviens fou, je vois mille fantômes danser devant moi. Oh je meurs ! » et il retombe sans connaissance.

J'arrive quelques minutes après et je le trouve dans l'état que j'ai dit plus haut. Je le secoue vigoureusement et bientôt il ouvre les yeux et me reconnaît : « Mais qu'y-a-t-il donc, me dit-il, je vous croyais parti. Au fait, je suis bien aise de vous voir, car je ne sais pas, je sens mon cerveau se détraquer, je deviens fou. » J'arrache aussitôt le pansement et par l'orifice d'entrée du trocart s'écoulent quelques gouttes d'un liquide sanguinolent où l'on retrouve des traces du naphtol injecté. En pressant sur les parois extérieures de l'abcès, j'accélère la sortie du liquide.

Mais subitement le malade pâlit, ses yeux tournent convulsés, sa face devient grimaçante, tout son corps d'abord raidi est bientôt secoué par des convulsions violentes. C'est une véritable attaque d'épilepsie; sauf le cri initial, rien n'y manque : 1re phase de convulsions cloniques avec pâleur du visage; 2e phase de convulsions cloniques avec teinte violacée de la face; morsure de la langue, émission involontaire des urines; 3e période de stertor.

Immédiatement, je saisis un bistouri et ouvre largement la poche de l'abcès. Il s'en écoule trois à quatre cuillerées d'un mélange de naphtol, de pus et de sang; je lave les parois vigoureusement avec un tampon stérilisé et je refais un pansement compressif pour faire cesser l'écoulement sanguin que j'avais produit.

J'avais à peine terminé le pansement, que le malade, avant d'avoir recouvré connaissance, est repris d'une deuxième crise bientôt suivie d'une troisième et d'une quatrième.

Son état était désespéré, je ne doutais pas qu'il ne finît par succomber sous les coups répétés de ces attaques subintrantes, à moins que l'effet de mon intervention ne se fît bientôt sentir. Quarante minutes après la première crise, survenait une cinquième attaque aussi violente que les autres.

Cependant la période de stertor qui suivit atteignit une durée de douze minutes et la sixième attaque me parut avoir un peu moins de violence que les précédentes.

La période de rémission fut de seize minutes après cette sixième attaque et ce qui lui succéda ne fut pas une véritable crise, mais quelques spasmes convulsifs. Le malade retomba dans un coma profond, mais il n'y eut plus d'attaque à partir de ce moment. C'était environ une heure un quart après l'ouverture sanglante de l'abcès.

Le malade était sauvé. Il est resté dans un demi-coma pendant les dix heures qui ont suivi. Le lendemain matin seulement il a repris complètement connaissance, avec le sentiment qu'il s'était passé quelque chose d'extraordinaire en lui, mais sans conserver le moindre souvenir des divers incidents qui s'étaient produits depuis ma visite. Il accusait une piqûre douloureuse de la langue, due à ses morsures, mais attribuée par lui à l'ingestion d'une tasse de lait trop chaud.

De cette observation, M. Calot tire les conclusions suivantes :

Les injections intra-cavitaires de naphtol camphré peuvent causer des intoxications graves et même très probablement mortelles.

Il est donc nécessaire de tâter la susceptibilité des malades relativement à ce médicament avant d'en injecter de fortes quantités.

Si des accidents d'intoxication viennent à éclater, on doit les combattre par l'ouverture large et immédiate de la cavité de l'abcès, qui permettra d'enlever le naphtol non encore absorbé.

Note sur deux cas d'intoxication par le naphtol camphré, par M. le Dr Ménard (de Berck-sur-Mer).

Rapport par M. Kirmisson.

M. le Dr Ménard (de Berck) nous a adressé un travail relatif à deux cas d'intoxication par le naphtol camphré. Sa première observation est relative à un enfant de 8 ans atteint de coxalgie avec abcès fémoral volumineux. Après évacuation de 250 grammes de pus environ et lavage de la poche à l'eau boriquée, on laissa dans son intérieur 50 grammes de naphtol camphré.

« La ponction était faite à quatre heures du soir. Aucun incident anormal ne se produit immédiatement après l'opération ; mais le lendemain, à dix heures du matin, soit au bout de dix-huit heures, le malade pâlit, perd connaissance en quelques minutes et est pris d'une attaque épileptiforme qui dure environ trois quarts d'heure. Les deux membres du côté gauche et la moitié gauche de la face sont le siège de secousses violentes et spasmodiques qui se reproduisent toutes les deux, trois ou cinq secondes. Les deux yeux sont eux-mêmes tournés sur le côté gauche... Deux heures plus tard se montre une nouvelle crise, plus violente que la première ;

cette fois, l'idée d'une intoxication nous paraît s'imposer, dit M. Ménard; en conséquence, la collection est immédiatement incisée, lavée avec soin et drainée. Au bout d'une demi-heure, les accidents cessent définitivement sans laisser aucune trace, si ce n'est une courbature passagère. »

La seconde observation de M. Ménard a trait à un garçon de 12 ans, présentant un mal de Pott lombaire avec volumineux abcès fessier. Déjà une injection de naphtol camphré avait été faite chez lui dans un abcès de la fosse iliaque et n'avait provoqué aucun accident. L'abcès fessier est de même ponctionné, et l'on y laisse 20 grammes environ de naphtol camphré.

« Les accidents commencent au bout de quarante minutes environ. Un de mes internes, dit M. Ménard, arrivé au moment où une attaque épileptiforme, qui durait depuis quelques minutes, semble se calmer, ne pense pas qu'il y ait un danger sérieux. Mais à peine s'est-il éloigné que les convulsions épileptiformes, unilatérales comme dans le premier cas, recommencent avec plus de violence et se prolongent jusqu'au moment de la mort, qui arrive deux heures environ après l'opération. »

Le naphtol camphré qui avait servi à l'injection, de même que l'acide borique avec lequel on avait lavé la poche, ont été analysés et l'on n'y a rien trouvé d'anormal. Du reste, ce même jour, le même acide borique et le même naphtol camphré ont servi à faire des injections chez deux autres malades qui n'ont éprouvé aucun accident.

L'autopsie a été faite et a prouvé que le naphtol camphré n'avait pas pénétré jusqu'à la partie supérieure du trajet suppurant et n'était pas arrivé au contact de la moelle; il n'y avait donc pas eu excitation directe du système nerveux central par cette voie.

Emu par les deux accidents que nous venons de rapporter, M. le Dr Ménard a tenu à interroger à cet égard M. Périer, qui s'est fait, comme l'on sait, le promoteur des injections de naphtol camphré. Deux fois M. Périer a vu se produire des accidents chez des femmes qui avaient été pansées au naphtol camphré pour des kystes hydatiques du foie ouverts. Il est vrai que ces deux malades étaient en même temps intolérantes pour tout autre topique que l'acide borique; l'iodoforme en particulier produisait chez elles des accidents sérieux.

Quelle que soit l'interprétation que l'on puisse donner de pareils accidents, nous devons savoir gré à M. Ménard, de nous les avoir fait connaître. Il y a en effet grand intérêt pour nous à être informés des dangers que présentent les substances antiseptiques que nous manions chaque jour. Je vous propose donc, messieurs, d'adresser nos remerciements à M. le Dr Ménard, en déposant son

manuscrit dans nos archives, et de l'inscrire en un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Discussion.

M. Gérard-Marchant. J'ai vu à l'hôpital Laennec, l'injection de naphtol camphré dans un ganglion suppuré du cou, produire chez une femme des attaques épileptiformes qui ont duré depuis dix heures du matin jusqu'à cinq heures du soir. L'examen de l'urine y démontre la présence d'une quantité notable d'albumine ; ce cas diffère de ceux qui viennent d'être rapportés en ce qu'ici la quantité de liquide injecté avait été tout à fait minime.

M. Monod. J'ai employé très souvent les injections de naphtol camphré dans les ganglions, sans grand succès, je dois le dire ; de même aussi, dans les trajets fistuleux ; une seule fois j'ai vu des accidents. Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans qui, à la suite de l'injection d'un gramme de naphtol camphré, présenta subitement de la pâleur et des défaillances pendant quelques minutes ; les mêmes phénomènes se reproduisirent au moment d'une seconde injection, mais très atténués ; la malade accusa en même temps un goût très prononcé de naphtol camphré dans la bouche.

M. Verneuil. On a signalé des accidents semblables avec l'iodoforme ; il y a même eu un cas mortel dans lequel on avait fait l'injection dans un abcès du volume d'un œuf développé autour du coude. Or, dans ce cas, il existait une néphrite chronique très-grave. Ces intolérances correspondent, en effet, presque toujours, à des altérations viscérales. Quant aux doses, je conseille de les modérer, et de ne pas laisser, comme on l'a fait quelquefois, 15 et 20 grammes d'iodoforme dans la poche. J'estime, du reste, que l'iodoforme mérite la préférence sur le naphtol camphré.

M. Périer. Une de mes malades qui a présenté des accidents à la suite de l'emploi du naphtol camphré n'avait pas d'albumine dans l'urine. Du reste, chez elle, tous les antiseptiques déterminaient des accidents ; ceux qu'a causés le naphtol camphré étaient attribuables au camphre ; c'étaient des lipothymies avec des refroidissements.

Présentation de malade.

Hernie traumatique opérée de cure radicale.

M. Lucas-Championnière. J'ai l'honneur de présenter à la Société une hernie qui a présenté une lésion relativement rare suivie d'une

bonne guérison opératoire. Sur les trois cent quatre-vingts cas de hernie non étranglée que j'ai opérés jusqu'ici je n'en ai eu que deux cas.

Il s'agissait d'un homme de 31 ans, qui reçut un coup de timon au-dessus de l'épine iliaque antérieure et inférieure à gauche. Il eut consécutivement une hernie volumineuse, dépassant de beaucoup le volume du poing dans la station debout.

Cinq semaines après l'accident les épanchements sanguins étant résorbés, je pratiquai la cure radicale.

On sait que, dans ces cas, le sac séreux n'existe pas isolé à proprement parler; pour disséquer la partie profonde du sac suivant la méthode que je préconise, il faut doubler de quelque chose la partie séreuse, pour pouvoir la serrer et la fermer avec des sutures de catgut.

Pour défendre cette séreuse herniée, la suture des plans musculaires doit être aussi multipliée que possible. J'ai réussi sur le sujet présent à faire deux plans de suture musculaire avec catgut doublés d'un troisième plan de deux sutures seulement, troisième plan incomplet mais pouvant contribuer au soutien des deux premiers.

En avant, suture de la peau avec drainage sous-cutané.

Les résultats de cette opération que vous pouvez constater aujourd'hui après un mois donnent une solidité parfaite de la paroi.

Je crois ce fait d'autant plus intéressant, que le seul cas que j'aie observé et traité chez un homme que j'ai opéré en 1886 à l'hôpital Tenon pour une hernie énorme consécutive à un coup de pied de cheval, m'a donné les résultats les plus satisfaisants, que j'ai constatés six ans après l'opération. L'homme ne portait aucun appareil et avait fait toutes sortes de travaux de force.

Pour cette hernie, comme pour toutes les éventrations, pour toutes les hernies ombilicales, la dissection lointaine de la séreuse suivie de la multiplication des points de défense constitue le fond de la méthode que j'ai toujours préconisée.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire annuel,

E. Kirmisson.

Séance du 12 juillet 1893.

Présidence de M. PÉRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. DELORME, demandant un congé d'un mois ;

3° *Observation de pubiotomie*, par M. LECERF (de Valenciennes), M. Segond, rapporteur ;

4° *Journal and Proceedings of the royal Society of New South Wales*, t. XXVI, 1892.

Suite de la discussion sur l'appendicite.

M. P. RECLUS. La discussion qui, depuis un mois, se poursuit devant notre Société sur le traitement de l'appendicite n'aura pas été sans résultat; aussi je demande à la résumer brièvement, tout en répondant aux objections que mes collègues m'ont opposées au cours des trois dernières séances.

Seul, M. Richelot nous a parlé de la typhlite tuberculeuse, non dans ses formes grossières, pour ainsi dire, et qu'on confond si facilement avec un cancer, dont MM. Terrier, Bouilly et nous-même avions donné l'année dernière des exemples si démonstratifs, mais de cette variété sournoise qui ressemble tellement à l'appendicite vulgaire que, seul, l'examen anatomique des pièces permet d'en déterminer la véritable nature. Dans ma communication j'invoquais l'autorité de M. Cornil qui s'occupe actuellement de la question. M. Richelot nous rappelle fort justement, et je regrette beaucoup de l'avoir passé sous silence, ce qu'il disait ici, en mars 1892, sur « l'appendicite vulgaire de la typhlite tuberculeuse ». Il est certain qu'il avait fort bien vu « cette forme limitée, relative-

ment bénigne, d'un diagnostic difficile et qui paraît justiciable d'une intervention hardie. »

Sur le traitement de la péritonite suraiguë consécutive à la perforation de l'appendice, l'opinion de la Société n'a pas varié depuis l'année dernière. Quelque faibles que soient les chances de salut, il faut intervenir le plus rapidement possible, car sans cela, la mort est fatale. Certes, le plus souvent, elle ne sera pas conjurée par la laparotomie, et M. Routier nous rappelait que ses deux opérés ont succombé malgré l'ouverture du ventre ; mais M. Nélaton en a sauvé un sur trois, et M. Tuffier deux sur quatre. Nous avons bien peur qu'une aussi belle proportion, 50 0/0 de guérisons, appartienne à une bonne série et ne persiste pas, mais elle n'en est pas moins encourageante en faveur de l'intervention précoce que tous ici s'accordent à préconiser.

On a peu discuté sur le traitement des appendicites à rechutes, bien que ce point ait été surtout visé dans ma communication ; mais j'en infère que l'intervention à froid, qui paraissait avoir été généralement acceptée l'année dernière, n'a perdu aucun de ses adeptes, et lorsque les crises se répètent, comme dans mon observation, le mieux est d'intervenir, car on ne peut jamais mesurer à l'avance la gravité de la crise nouvelle : une péritonite généralisée et la mort peuvent en être la conséquence. Je sais bien que M. Nélaton nous faisait remarquer que les péritonites suraiguës à marche foudroyante éclatent presque toujours à l'occasion d'une première crise. J'abondais dans son sens et j'expliquais la moindre gravité des secondes attaques, lorsque le patient a échappé à la première, par la formation de néomembranes et d'adhérences qui protègent le péritoine. C'est vrai, mais il ne faut pas trop s'y fier et je pourrais vous en fournir un grand nombre d'exemples. Rappelez-vous ce malade du docteur Brissaud ; en un an il eut trois crises : les deux premières s'apaisent spontanément ; à la troisième, il meurt de péritonite généralisée.

La discussion a surtout porté sur les appendicites à début brusque et inquiétant, mais dont les symptômes généraux ne tardent pas à tomber malgré la formation d'une collection purulente. Faut-il ouvrir cette collection qui pour moi existe toujours lorsque la fosse iliaque est soulevée par une tuméfaction appréciable ? ou, faut-il attendre et s'abstenir lorsque l'abcès tend à se résorber spontanément ? Cette année, peu de mes collègues se sont prononcés d'une manière catégorique sur ce point. Beaucoup ont fait remarquer que la guérison est fréquente ; M. Lucas-Championnière et M. Verneuil nous en ont cité des exemples ; j'en ai moi-même recueilli deux fort convaincants. Et il me paraît certain, à moi interventionniste militant, que la résorption d'abcès authentiques

n'est pas rare. Mais la question reste toujours pendante : vaut-il mieux ouvrir ces abcès par une opération qui me paraît sans gravité ou vaut-il mieux attendre sa résorption spontanée qui certainement peut être durable, mais qui certainement aussi peut n'être qu'apparente et être suivie de rechute de gravité variable, mais parfois redoutable ?

Autre point : je suis heureux qu'une obscurité de rédaction dans mon travail ait appelé M. Quénu à insister sur la question de l'ablation de l'appendice. Il établit une distinction capitale entre les interventions à froid, lorsque, entre deux crises, on extirpe le processus au milieu des néomembranes et les ouvertures des collections purulentes où la recherche de l'appendice ne serait pas sans danger ; on risque de détruire des adhérences et d'inoculer ainsi avec le pus la grande cavité péritonéale. MM. Boully, Schwartz et Reynier ont abondé dans son sens, et M. Monod nous a cité Roux de Lausanne, qui, sur quarante-deux ouvertures de foyers purulents consécutifs à une appendicite, n'aurait réséqué l'appendice que douze fois. Telle est, en effet, la doctrine classique, celle à laquelle je me ralliai dans mon premier mémoire et dont je ne me suis pas départi depuis. J'ai, cette année, pratiqué quatre laparotomies pour collection de la fosse iliaque droite et une seule fois j'ai pu exciser le processus vermiculaire.

Je dirai cependant, et je persiste dans cette opinion, qu'il faut avec des précautions infinies, sans décollement intempestif, chercher l'appendice dans un certain nombre de cas, moins pour essayer de le réséquer que pour ouvrir les poches purulentes indépendantes qui peuvent se former à son niveau. Et je vous rappellerai une de mes premières observations ; j'ouvre un abcès antérieur ; je le vide et je le draine ; la poche se rétracte et marche vers la cicatrisation, lorsque, au bout de huit jours, les accidents se rallument et je dois, par une intervention nouvelle, inciser une vaste collection postérieure au milieu de laquelle je trouvai l'appendice qui s'était détaché spontanément du cæcum. Dans deux autres cas, c'est en cherchant le processus vermiculaire que je découvris un abcès qui ne s'ouvrait pas dans la première cavité. Vous voyez combien ma réserve est peu importante et, en définitive, depuis quatre ans je pratique ce que nos collègues conseillent si justement aujourd'hui.

Rapport.

Sarco-épithéliome du testicule chez un enfant de 6 *ans, par le* Dr Reboul (de Marseille).

Rapport par le Dr Gérard-Marchant.

L'histoire des tumeurs du testicule présente encore bien des points litigieux, et il faut savoir gré à ceux de nos collaborateurs qui nous envoient des observations complètes: à ce point de vue, je vous signale l'observation de M. Reboul (de Marseille), de sarco-épithéliome du testicule chez un enfant de 6 ans.

Voici l'observation adressée par notre confrère :

R.,., âgé de 6 ans et demi, de Charleval (Bouches-du-Rhône), m'est présenté le 6 avril 1893 pour une tuméfaction de la bourse droite.

Il y a six à huit mois environ, l'enfant a reçu une contusion des bourses. Quelque temps après ont apparu une sensation de gêne dans le testicule droit, des tiraillements suivant le trajet du cordon. A ce moment le testicule droit paraissait avoir son volume normal. Cet organe se tuméfie progressivement et atteint le volume d'un poing moyen. Un médecin, consulté, pense à une hydrocèle et m'adresse l'enfant pour le traitement.

La bourse droite est tuméfiée, elle a les dimensions d'un gros œuf de paon. Le scrotum est tendu, lisse; la circulation veineuse superficielle est assez développée. A l'examen, on sent que les tuniques sont libres. La tumeur est ovoïde, à base inférieure, absolument limitée; le cordon est indemne. La tumeur a une surface régulière, sans bosselures, sa consistance est élastique, renitente. Notable sensation de poids. Pas de douleurs à la pression en aucun point. Pas de translucidité de la tumeur, cependant une sensation de fluctuation ou plutôt de renitence est évidente en avant, et il me paraît que profondément on sent une tumeur plus consistante, sous-jacente au liquide contenu dans la vaginale. Etat général excellent. — Pas de douleur inguinale. Pas de ganglions iliaques ou lombaires sensibles à l'examen.

En raison de l'évolution de cette tumeur à la suite d'un traumatisme, de son développement rapide, de sa consistance, de son poids, du défaut de translucidité et de la circulation veineuse superficielle exagérée, je pense à une tumeur maligne du testicule avec hydrocèle symptomatique.

Une ponction exploratrice faite le 10 avril avec une aiguille fine donne du sang rouge, qui confirme le diagnostic.

La castration me paraît indiquée : à cause de la limitation de la tumeur, de l'absence de ganglions apparents et de l'excellent état général. Mais, en considération de la récidive facile à la suite de la castration pour tumeurs malignes du testicule chez les enfants, je fais des réserves expresses.

La castration est acceptée par les parents et pratiquée le 11 avril à huit heures du matin, avec l'aide des docteurs Oddo et L. Perrin. Chloroforme. La castration est facile. La tumeur est parfaitement limitée, le cordon paraît indemne. La cavité vaginale renferme environ 20 grammes de liquide citrin un peu trouble; en arrière et en bas la vaginale est adhérente à la tumeur: je la résèque. Ligature en chaîne du pédicule. Drain à la partie supérieure de l'incision.

Sutures à la soie. Pansement au salol. Compression ouatée.

Le 13, pansement, suppression du drain, réunion.

Le 20, ablation des points de sutures. Réunion parfaite. Pansement ouato-collodionné.

Le 27, l'enfant retourne dans son pays. La bourse droite est souple, pas de tuméfaction inguinale, pas de ganglions sensibles dans l'abdomen. Etat général excellent.

Le 25 juin, le père du malade m'écrit que la guérison est toujours parfaite et que la santé de l'enfant est florissante.

La tumeur est ovoïde, à base inférieure, aplatie transversalement, de 11 centimètres de hauteur sur 8 de large; son poids est de 125 grammes.

A la surface on voit la vaginale pariétale libre dans presque toute son étendue, sauf à la partie inférieure et sur le bord postérieur, à ce niveau la séreuse est épaissie et adhérente.

Le canal déférent très apparent au sommet de la tumeur, disparait rapidement et se confond avec la tumeur et la vaginale adhérente.

La tumeur proprement dite est bosselée surtout en dehors; sa consistance est ferme, résistante. Sur le bord antérieur, à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs on sent une masse plus molle, de 2 centimètres environ. Sur une coupe verticale, la tumeur apparaît d'un blanc rosé ou grisâtre avec des stries blanchâtres radiées ou divisant la masse néoplasique en lobes peu limités. La consistance de la tumeur est ferme, élastique, résistante et un peu moindre en certains points; le grattage donne peu de suc. En haut et en avant, on voit la coupe de la substance testiculaire bien reconnaissable à sa couleur et à son aspect; on peut facilement dévider les tubes séminifères. Le testicule est en partie séparé de la masse de la tumeur par un tractus blanchâtre. En arrière et en bas, la tumeur se confond absolument avec la vaginale et l'épididyme qui n'est d'ailleurs apparent qu'à la partie supérieure de la tumeur, au niveau de sa continuation avec le canal déférent. Le néoplasme est nettement limité par la vaginale que l'on peut séparer en déchirant la tumeur.

J'ai pratiqué l'*examen histologique* de différents fragments de la tumeur, du testicule, de l'épididyme, de la vaginale, du cordon.

Les préparations des divers fragments de la tumeur m'ont donné des résultats assez variables pour qu'il soit nécessaire de décrire ces séries isolément.

Partie centrale de la tumeur. — Sur certaines préparations, on voit, suivant les points, un stroma fibroïde, fin, réticulé dont les alvéoles renferment des cellules. Les éléments cellulaires se présentent isolés, en amas ou sous forme de traînées. Ce sont tantôt de petites cellules arrondies, fortement colorées par le carmin, tantôt de grosses cellules irrégulières. On voit de rares tubes séminifères isolés, bourrés de cellules épithéliales. Les vaisseaux ont leurs parois infiltrées de cellules arrondies formant deux ou trois couches concentriques.

Sur d'autres préparations, le stroma apparaît nettement fibreux, fasciculé ou condensé ou sous forme d'un fin réticulum. Les cellules sont petites, arrondies ou de volume et de forme irrégulières, isolées ou disposées en traînées; quelques cellules fusiformes se voient entre les faisceaux fibreux.

Enfin, sur d'autres fragments, on voit de grosses masses de cellules arrondies, entourées d'un stroma réticulé, très délié et contenant dans ses mailles de grosses cellules irrégulières. Les vaisseaux ont leurs parois infiltrées de grosses cellules arrondies. Les tubes séminifères sont obstrués; en d'autres points le stroma est nettement fasciculé et entre les faisceaux se trouvent des cellules épithéliales disséminées ou réunies en boyaux.

Les coupes faites sur des fragments pris à la *périphérie de la tumeur* montrent que le néoplasme est limité par une enveloppe fibreuse assez épaisse, contenant quelques vaisseaux dont la lumière est obstruée et les parois sont infiltrées de cellules arrondies. — En dedans de cette zone fibreuse on voit le tissu de la tumeur formé d'un stroma fasciculé, ondulé, condensé ou réticulé. Des cellules régulièrement arrondies et fortement colorées forment des amas irréguliers ou se diffusent en traînées linéaires ou disséminées au milieu du stroma; des cellules plus volumineuses, irrégulières, sont serties dans les alvéoles du stroma réticulé; ces alvéoles contiennent une ou plusieurs cellules épithéliales, ce qui rappelle le carcinome réticulé. Les vaisseaux sont presque tous altérés; des cellules irrégulières ou arrondies forment des gaines concentriques autour de leur lumière. Quelques tubes séminifères paraissent sains, d'autres sont complètement bourrés de cellules épithéliales.

Fragment de la vaginale adhérente. — Les coupes montrent un tissu fibreux dense, fasciculé, assez épais, se continuant en dehors avec des faisceaux conjonctifs libres et ondulés, en dedans

avec l'enveloppe proprement dite de la tumeur. Pas d'infiltration de cellules embryonnaires ou épithéliales. Les vaisseaux, peu nombreux, paraissent sains.

Epididyme et tumeur. — Au niveau de l'épididyme le stroma est fasciculé, épais, contenant de rares canalicules spermatiques, dissociés et remplis de cellules épithéliales. Les vaisseaux sont dilatés; quelques-uns sont normaux, mais la plupart ont leurs parois infiltrées de cellules arrondies.

A ce niveau, la tumeur est formée d'un stroma fibroïde, réticulé, très délié. Des traînées de cellules irrégulières comme forme et comme dimensions, se voient suivant les travées ou réunies en amas. Les vaisseaux ont leurs parois entièrement infiltrées de cellules volumineuses et arrondies, qui forment une zone concentrique.

Coupes portant sur le *testicule au voisinage de la tumeur.* L'albuginée a sa structure normale. En certains points les tubes séminifères sont sains, leur lumière est conservée, la substance intermédiaire finement fibroïde n'est pas infiltrée; mais sur d'autres points, plus près du néoplasme, les tubes spermatiques sont obstrués de cellules épithéliales qui infiltrent le tissu intermédiaire devenu fibreux et fasciculé. Les vaisseaux sont dilatés, leurs parois sont infiltrées; enfin sur quelques préparations, on voit le tissu testiculaire se confondre insensiblement avec la tumeur et en prendre les caractères.

Les éléments du *cordon*, vaisseaux, canal déférent, paraissent sains; cependant le canal déférent au niveau de sa confusion avec le *néoplasme présente des parois infiltrées de cellules volumineuses arrondies ou irrégulières.*

En résumé, dans cette tumeur, le testicule est isolé et peu envahi, l'épididyme a complètement disparu, enfoui au milieu du néoplasme, un simple tractus blanchâtre d'ailleurs incomplet sépare le testicule ou ce qui en reste de la masse de la tumeur. Sur une coupe, la tumeur est isolée, nettement limitée par une membrane d'enveloppe se confondant avec la vaginale; les éléments du cordon ne sont pas envahis. La tumeur, de consistance ferme ou un peu ramollie par places, est d'un blanc rosé ou grisâtre; des tractus radiés ou concentriques la divisent en lobes mal limités.

L'examen histologique montre un stroma très variable par places: tissu conjonctif, fasciculé, condensé, amorphe ou simple réticuleux très ténu. Les éléments cellulaires sont aussi très différents suivant les points. Tantôt ce sont de petites cellules arrondies, fortement colorées, disséminées sans ordre ou réunies sous forme de

travées; ces cellules sont surtout abondantes au niveau des vaisseaux dont elles infiltrent les parois au point de masquer leur structure normale et forment alors de véritables zones concentriques; parfois elles forment des amas abondants très serrés. Tantôt les éléments cellulaires prennent un aspect tout différent, ce sont de grosses cellules irrégulières, épithéliales, disposées en traînées, en boyaux, encombrant les tubes et les canalicules spermatiques, enchâssées ou réunies en groupes d'abondance variable, dans les alvéoles d'un réticulum très délicat.

Ces diverses lésions se montrent dans tous les points de la tumeur, isolées ou réunies dans les mêmes préparations.

A ne considérer que certains points de ce néoplasme (cellules arrondies, disposées sans ordre ou formant des gaines aux vaisseaux) on croirait avoir affaire à un sarcome embryonnaire, d'autant plus que parfois on constate des cellules fusiformes qui indiqueraient un âge plus avancé de la tumeur.

Et cependant, les cellules de dimensions et de formes irrégulières, épithéliales, disposées en séries, contenues dans des espaces alvéolaires, dans les tubes séminifères qu'elles encombrent, font au contraire penser à un épithélioma ayant débuté par les canalicules spermatiques et ayant envahi ensuite les parties voisines; dans certains points, la coupe ressemble absolument à l'épithélioma réticulé.

Le diagnostic anatomique de cette tumeur me paraît être : sarco-épithéliome. Les éléments du sarcome sont très apparents autour des vaisseaux (d'où leur origine probable) et dans les parties voisines; les éléments épithéliaux sont abondants et manifestes dans les tubes séminifères et dans d'autres points. Devant la netteté de l'existence de ces divers éléments, il me paraît impossible d'admettre le sarcome pur à l'exclusion de l'épithéliome ou inversement, et je crois qu'il y a lieu de penser à une tumeur mixte ou plus exactement à un sarco-épithéliome de formes jeunes. — Nulle part je n'ai rencontré de dispositions anatomiques rappelant le lymphadénome, pas de kystes.

Au point de vue clinique, au point de vue du siège de la lésion (à droite), de sa coïncidence avec un traumatisme, ce fait ne présente rien de particulier. Plus intéressantes sont les questions se rapportant à l'âge du sujet, à la variété de la tumeur, à son point de départ anatomique.

Si le cancer du testicule s'observe de 1 an à 5 ans, il est exceptionnel à 6 ans. Monod et Terrillon, dans leur Traité, ont réuni 30 observations de cette affection, mais aucune ne se rapporte à des enfants de cet âge. — Nous connaissons deux autres faits de cancer du testicule chez un enfant de 5 ans et de 15 ans : ils ont

été communiqués à la Société de médecine de Rouen, par MM François Hue et Auger, le 10 février 1893 (*Normandie médicale*, 1er mars 1893).

On pourrait ne pas attribuer d'importance à cette question d'âge, si on ignorait que beaucoup d'auteurs admettent l'*origine embryonnaire de ces tumeurs*. Le traumatisme, suivant les vues de Conheim, favoriserait l'éclosion d'un germe inclus à la période embryonnaire, et qui, sans cette cause déterminante, aurait pu rester plus longtemps improductif.

La variété de la tumeur a été exactement établie : il s'agissait d'une *tumeur mixte*, renfermant des éléments développés aux dépens du feuillet moyen et interne du blastoderme.

Ce sarco-épithéliome semble même avoir eu son point de départ aux dépens de l'endothélium des vaisseaux. Ce groupement périvasculaire du sarcome mis en lumière par Langhans, (admis par Pilliet, accepté par Monod et Terrillon, en France) a permis à Waldeyer, Recklinghausen, et à leurs élèves de déduire la nature endothéliale des cellules du sarcome.

Une question bien controversée est celle du point de départ du sarcome testiculaire. — Dans la très grande majorité des cas, on ne retrouverait pas trace du tissu testiculaire : or, dans l'observation de M. Reboul, le testicule sain, ou à peu près sain, était placé à la partie antérieure de la tumeur : le *rete* était intact et le point de départ de la tumeur était dans l'épididyme. — L'opinion de Robin, d'après laquelle ces tumeurs prendraient naissance dans la queue de l'épididyme trouve ici sa démonstration.

C'est par des observations prises au début, avec des examens histologiques complets qu'on arrivera à résoudre cette question importante du point de départ du sarcôme testiculaire.

J'avais à critiquer cette question, et je n'ai rien à y reprendre : je ne ferai pas un grief à M. Reboul de nous avoir parlé des *ganglions iliaques*, au lieu des *ganglions prévertébraux* ; je préfère constater : 1° qu'il a fait le diagnostic précoce de la tumeur maligne du testicule; 2° qu'il a bien opéré et bien guéri son malade : qu'en dernier lieu il a eu raison de faire ses réserves les plus expresses au sujet de la récidive probable de la tumeur, car, chez les enfants, comme l'a établi M. Monod (*Progrès médical* 1884 et *Clinique chirurgicale*), le cancer du testicule est d'une gravité exceptionnelle.

Cependant actuellement, deux mois et demi après l'intervention de M. Reboul, il n'y a pas de récidive apparente, *sur place*, ou dans les ganglions, et l'état général est excellent.

Je vous propose d'adresser des remerciements à M. Reboul, et

de l'inscrire dans un rang honorable parmi les candidats au titre de membre correspondant de notre Société.

M. Bazy s'associe aux réserves faites par M. Reboul au sujet de l'avenir de son malade; dans un cas opéré par lui, le sarcome était au niveau du *rete testis*; le testicule lui-même était sain; trois mois après, la généralisation survenait.

Communications.

Quelques observations concernant le traitement des fibromes sessiles intra-utérins,

Par M. A.-H. Marchand, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Depuis quelques années, j'ai eu à traiter un certain nombre de tumeurs fibreuses sessiles intra-utérines.

Ces tumeurs, au nombre de 13, ont toutes été soumises, à l'exception d'une seule, à la méthode de l'énucléation, précédée ou non du morcellement.

Je ne donnerai avec quelques détails que les plus intéressantes des observations, me contentant de signaler les remarques que m'ont suggérées les autres.

Il est difficile d'établir des catégories bien distinctes entre les cas dont je m'occupe.

Une distinction s'impose cependant, et c'est celle qui a trait au volume des tumeurs.

Il n'y a point de comparaison à établir, en effet, entre les fibromes de petit ou de moyen volume et ceux, au contraire, qui atteignent des dimensions plus considérables.

Je divise donc mon travail en deux parties : la première relatant deux observations seulement. La seconde rapportera brièvement quatre cas de fibromes très volumineux dont l'un a nécessité l'extirpation par la voie abdominale.

I. — J'ai dû pratiquer 9 fois l'énucléation : 2 fois combinée avec le morcellement, pour des fibromes dont le poids a varié de 90 à 650 grammes. Cinq fois la tumeur était intra-cervicale, déterminiat des pertes, des douleurs, mais ne pouvait dépasser l'orifice du col. Le diagnostic fut établi, comme toujours, au moyen du toucher, lorsque la tumeur était insérée assez bas; avec le cathéter utérin lorsqu'il devenait impossible de déterminer l'insertion exacte par un autre moyen. Dans trois cas j'ai dû me créer une voie jusqu'à

la tumeur par la dilatation; l'incision simple du col une fois; deux fois, par l'opération Secheyron-Péan.

Une autre fois j'ai dû morceler un fibrome œdémateux très gros, mais qui était descendu jusqu'au col, qu'il maintenait béant, sans pouvoir s'abaisser davantage.

Dans un autre cas, et pour un fibrome du volume d'un gros œuf d'oie, j'ai pu, après dilatation prolongée, me contenter de l'incision bilatérale du col sans recourir à sa désinsertion.

Deux observations sur ces 9 cas m'ont semblé devoir être rapportées succinctement.

La première a trait à une femme de 43 ans, portant une tumeur dont les premiers accidents remontaient à trois ans. Ils avaient été caractérisés par des règles douloureuses très abondantes suivies d'écoulements leucorrhéiques.

Aujourd'hui, 14 novembre 1892, époque de son admission, salle Gosselin, le col est effacé. La tumeur, facilement accessible de ce côté, semble peu consistante, comme ramollie. L'utérus volumineux déborde l'arcade pubienne de trois travers de doigt.

L'exploration intra-utérine me montre que la masse saillante dans le col dilaté, s'insère directement au fond de l'utérus.

Après les soins préliminaires, je procédai à l'extirpation de cette tumeur pour laquelle le morcellement s'imposait. Le tissu œdémateux, friable, cédait sous les pinces à la moindre traction et saignait assez abondamment.

Je pus progressivement arriver jusqu'au niveau de l'implantation de la tumeur, et là je constatai que son tissu se confondait directement avec celui de l'utérus. Je serais inévitablement passé dans la cavité péritonéale, si je n'avais reconnu ce fait qui me fut signalé par une hémorragie plus abondante, ainsi que par le changement de caractère des fragments que j'amenais.

La manœuvre fut rendue longue et pénible par suite du peu de cohérence du tissu pathologique dont je pus extraire 400 grammes. Lavage intra-utérin, tamponnement à la gaze iodoformée. La guérison ne fut entravée par aucun incident; la malade sortait le 17 décembre.

J'ai tenu à montrer que, pratiquement, tous les fibromes ne sont point énucléables, et que, dans ce cas particulier, le morcellement graduel, progressif, attentif même, pouvait seul conduire au but thérapeutique recherché.

J'ai signalé déjà, par la description d'une pièce intéressante, les connexions intimes de certains corps fibreux avec leur tissu matriculaire.

Il est donc bon de se souvenir que l'énucléation n'est pas toujours possible et qu'il est prudent de s'arrêter à des limites assez difficiles à établir parfois.

J'ai dû pratiquer deux fois la désinsertion du col avec section bilatérale élevée de ce dernier.

Il s'agissait dans les deux cas de fibromes intra-utérins ayant déterminé des accidents hémorragiques très graves. Le premier était volumineux puisque l'utérus avait le volume d'une grossesse de quatre mois et que je pus extirper 550 grammes de fragments pesés, ce qui, avec les morceaux égarés dans les compresses et dans les liquides aseptisants, doit approcher de 600 grammes.

Le col de l'utérus, dans ce cas, après une dilatation prolongée, avait conservé toute sa longueur et permettait seulement au doigt d'affleurer la portion inférieure de la tumeur sans donner d'autres renseignements.

La malade sur laquelle je pratiquai pour la première fois la désinsertion préalable du col, suivie de la section bilatérale, était âgée de 43 ans, et entrée dans mon service le 12 mai 1892. Des hémorragies très abondantes et des pertes blanches dans l'intervalle des époques, l'avaient profondément anémiée. L'utérus, volumineux, remontant à moitié chemin de la symphyse pubienne et de l'ombilic, était très mobile.

Le col, complètement fermé, rendait impossible une exploration complète.

Après une dilatation prolongée pendant plusieurs jours, j'arrivai sur un volumineux fibrome dont je ne pus atteindre les limites supérieures, mais que je pus circonscrire avec l'hystéromètre; il adhérait par une large surface au sommet de l'utérus et à sa face postérieure.

Le col avait conservé toute sa longueur et rendait difficile l'accès sur la tumeur. Je n'hésitai point à pratiquer une large désinsertion de l'utérus. Je pus ainsi amener le col à dépasser la vulve.

Ce dernier fut débridé dans toute sa hauteur; les deux moitiés relevées par des pinces, il fut possible de saisir la tumeur et de l'extraire en totalité par un morcellement rapide.

La consistance du tissu pathologique était ferme, elle résistait suffisamment aux instruments. Je pus compléter l'énucléation et amener finalement la partie supérieure du fibrome, représentant une face convexe hémisphérique limitée par une enveloppe conjonctive qui l'isolait du tissu utérin. Après lavage aseptisant de la cavité et tamponnement à la gaze iodoformée, je restaurai par des sutures les incisions libératrices.

Les lèvres du col furent réunies par des points à la soie; les incisions vaginales furent faites au catgut. La restauration fut complète, et je puis dire parfaite.

Les suites opératoires furent des plus simples, et vingt jours après cette intervention, la malade sortait guérie avec un col en situation normale, un utérus complètement revenu sur lui-même.

Le vagin ne portait que des traces insignifiantes de l'incision des culs-de-sac. La totalité des fragments pesait 550 grammes.

J'ai tout récemment dû me servir du même procédé pour une malade âgée de 31 ans, profondément anémiée par des pertes qui duraient depuis deux ans.

J'ai pu extraire un fibrome inséré très largement sur le fonds de l'utérus et qui pesait 200 grammes. La malade est encore actuellement dans mon service; mais la guérison est parfaite et a eu lieu sans aucun incident.

En résumé, sur neuf fibromes sessiles intra-utérins, dont les poids variaient de 60 à 600 grammes, pour trois desquels j'ai dû recourir à une opération préliminaire, j'ai obtenu neuf guérisons sans aucune complication.

II. — Il n'en va pas de même pour les grosses masses fibreuses dont le volume égale celui d'un œuf de cinq à sept mois et dont le poids atteint de un à plusieurs kilogrammes.

J'ai eu à intervenir quatre fois pour des tumeurs de ce genre et ai eu deux insuccès. Je vais donner un résumé rapide de ces quatre observations, qui présentent certainement des analogies, mais offrent aussi des différences notables.

Le premier de ces faits en date est celui d'une malade que j'opérai en 1885 et qui était âgée de 48 ans.

Elle souffrait de ménorragies abondantes depuis plusieurs années; son état s'était progressivement aggravé, les pertes continuaient pendant l'espace intermenstruel, et avaient pris en dernier lieu les caractères d'un écoulement ichoreux et fétide. Je trouvai un volumineux corps fibreux dépassant la symphyse pubienne et s'arrêtant à peu de distance de l'ombilic.

Le vagin était rempli par une masse molle tout imprégnée d'un liquide identique à celui des écoulements. Deux ou trois doigts profondément introduits entre la masse pathologique et la paroi du vagin n'atteignaient le col en aucun point. L'état général de la malade était mauvais, mais une intervention s'imposait néanmoins.

Je résolus d'enlever avec une anse galvanique un segment aussi volumineux que possible de la tumeur, puis de répéter le morcellement jusqu'à ce que j'eusse atteint une partie ferme du tissu morbide qui me permît l'implantation solide de pièces destinées à le descendre peu à peu, et à continuer son extirpation au moyen des ciseaux jusqu'à, si possible, énucléation totale.

La manœuvre fut lente, pénible, mais réussit cependant très bien. Après l'excision ignée du segment inférieur altéré, je tombai sur un tissu plus résistant que je fis descendre peu à peu en le morcelant. Je pus enfin enlever la tumeur en totalité et terminai par l'extraction d'une portion hémisphérique qui avait encore le volume du poing.

L'hémorragie, nulle au début, devint plus abondante à mesure que j'approchais des limites de la tumeur. Elle no fut jamais véritablement inquiétante. Lavages soigneux, tamponnement à la gaze iodoformée. La guérison eut lieu sans aucun incident sérieux.

Le deuxième cas fut opéré par moi à l'hopital Rothschild le 19 août 1886.

Il s'agissait d'une femme de 47 ans qui, trois ans avant sa maladie actuelle, avait expulsé spontanément à la suite d'une métrorragie de dix-sept jours, une tumeur du volume du poing.

Depuis plusieurs mois, elle avait été reprise de ménorragies très abondantes, lesquelles depuis deux mois s'accompagnaient de douleurs de ventre très pénibles. Deux fois un médecin dut pratiquer le tamponnement.

Je fus appelé auprès d'elle pendant une absence de notre collègue M. Marc Sée, et je trouvai une malade très pâle, souffrant d'une façon continue de coliques utérines, perdant abondamment un liquide jaunâtre fortement teinté, mais sans odeur.

L'abdomen était rempli jusqu'à l'ombilic par une masse solide très consistante qu'il était facile de reconnaître pour l'utérus distendu par un gros corps fibreux. Le vagin du reste était rempli par une masse dure autour de laquelle le col très remonté était devenu inaccessible.

Une intervention s'imposait et je résolus de suivre le même plan qui m'avait réussi une fois. Je pus sectionner avec l'anse galvanique la partie inférieure de la tumeur, formant un segment de sphère régulier de 12 centimètres de diamètre.

Je ne pus extraire ce fragment qu'en diminuant son volume par une excision en coin.

La tumeur put être notablement abaissée ; plusieurs fragments furent séparés avec des ciseaux ; l'anse galvanique appliquée une seconde fois me permit d'amener un nouveau segment de 12c 1/2 de diamètre. Je pus terminer l'opération en décortiquant un segment hémisphérique représentant parfaitement le pôle supérieur de la tumeur. L'ensemble des morceaux dépassait 200 grammes.

La malade avait perdu du sang pendant la fin de l'opération qui avait duré une heure un quart. Les suites furent simples bien que la température ait atteint 39° le cinquième jour. On fit de larges lavages désinfectants, puisque je trouve sur les notes qui me furent remises par l'interne de service, qu'on fit passer ce jour-là dans le vagin de la malade près de 40 litres de liquides aseptisants.

Jusqu'à la fin d'août les injections ramenèrent des caillots et des parcelles d'apparence pseudo-membraneuse.

Le 22 octobre, la malade quittait l'hôpital complètement guérie.

Je l'ai revue pendant trois années consécutives en excellent état.

Je fus beaucoup moins heureux dans une troisième intervention

qui eut lieu chez une femme de 55 ans très affaiblie par les pertes et les souffrances qu'elle avait subies.

Elle portait un énorme corps fibreux remontant jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic, bien qu'il fût descendu dans le vagin dont il remplissait la moitié supérieure ; plus trace du col qui était complètement effacé et remonté très haut. La portion vaginale de la tumeur était constituée par une masse d'une dureté ligneuse. Je me demandai jusqu'au dernier moment par quelle voie j'allais aborder ce fibrome et, n'eût été le peu de mobilité de l'utérus, j'eusse choisi la voie abdominale.

Mais l'immobilisation singulière de l'utérus me faisait craindre de ne pouvoir le sortir de la cavité abdominale, et de me créer ainsi une difficulté insurmontable. Je me décidai pour le morcellement qui fut long et très pénible. La portion vaginale de la tumeur bien découverte par des écarteurs, je procédai en évidant le fibrome, en le réduisant peu à peu à une coque flexible, mais assez résistante cependant pour supporter l'action de fortes pièces à kyste, au moyen desquelles j'abaissai peu à peu la tumeur. Le tissu était très dur, très peu vasculaire ; ce ne fut que vers la fin de l'opération, en arrivant vers les parties profondes, que l'hémorragie devint gênante. Je pus enfin, grâce à de la patience, achever l'opération par l'énucléation d'une grosse calotte fibreuse que je pus extraire rapidement et heureusement avec une hémorragie assez forte, mais ne présentant pas de caractère inquiétant.

Il restait une vaste cavité dans laquelle je pus introduire la main tout entière.

Après de nombreuses injections très chaudes à l'acide borique, je bourrai cette vaste cavité de longues mèches de gaze iodoformée.

L'ensemble des fragments extraits pesait 2,675 grammes. J'évalue à 250 grammes au moins le poids des morceaux peu volumineux qui ne purent être recueillis, enlevés dans les compresses ou les liquides antiseptiques dans lesquels ils furent déposés et perdus.

La malade sembla se remettre assez bien tout d'abord d'une opération qui avait duré près de deux heures.

Mais à partir du quatrième jour, la température monta, sans atteindre 39°. Survint un délire calme et un affaiblissement rapide auquel la malade succomba 9 jours après l'opération, sans aucun signe de péritonite. L'autopsie ne put être faite.

A huit jours d'intervalle, j'eus à traiter dans mon service de Saint-Louis une malade âgée de 54 ans, D. V..., présentant un cas presque identique au précédent, avec cette seule différence qu'il était plus grave encore à tous les points de vue.

L'affection remontait à huit ans. Ses débuts avaient été marqués pendant quatre ans par des ménorragies abondantes ; depuis lors les écoulements de sang avaient été remplacés par des pertes hydrorréiques

sans odeur d'une abondance excessive. Pendant le séjour qu'elle fit dans nos salles, avant l'opération, elle mouillait complètement quatre alèzes dans les vingt-quatre heures.

Ces pertes abondantes et des douleurs abdominales continuelles avaient donné à la malade, une teinte profondément chloro-anémique. Nonobstant elle avait conservé un embonpoint excessif, tout à fait voisin de l'obésité.

La tumeur abdominale débordait l'ombilic en haut. Sa partie inférieure remplissait le vagin d'une masse dure ayant au moins le volume des deux poings, autour de laquelle il n'existait plus aucune trace du col. Malgré les mauvaises conditions de la malade, je me crus obligé d'intervenir contre une affection qui n'avait d'autre issue que la mort à brève échéance.

Je ne songeai même point dans l'espèce, à la voie vaginale. J'étais sous l'impression des difficultés que j'avais eues à surmonter dans le cas que j'ai précédemment rapporté et des suites funestes qui en avaient été la conséquence.

Je résolus donc de pratiquer l'opération de Martin, qui fut exécutée le 15 juin 1892.

Je ne dirai rien des premiers temps de l'opération, si ce n'est que la paroi abdominale était surchargée d'une couche de graisse très épaisse. L'utérus fut amené au dehors sans grande difficulté, un lien de caoutchouc assujetti à sa partie inférieure.

J'incisai l'organe et tombai sur la tumeur qui était recouverte en partie par la muqueuse de sa paroi postérieure. Cette dernière incisée, ainsi qu'une mince couche de tissu utérin, je tombai sur les connexions du fibrome qui était encastré dans l'épaisseur de la paroi postéro-inférieure de l'utérus

Après sa libération qui fut facile, j'exerçai des tractions pour dégager la portion contenue dans le vagin, tandis qu'un aide surveillait avec soin la ligature élastique.

Le dégagement se fit bien, et le lien continuait à exercer une constriction assez intense, pour que l'hémostase fût parfaite.

L'utérus très aminci, flasque, mou, était presque divisé en deux moitiés égales.

Il me sembla dans un état si misérable que je ne crus pas devoir le conserver. J'assujettis la ligature élastique au moyen de deux broches et je l'excisai au niveau de ces dernières.

Le pédicule fut bien fixé au dehors, et comme il ne me restait point une hauteur suffisante du moignon pour faire la suture de Hégar, je comblai de gaze iodoformée toute la rigole péritonéale située entre le moignon, le ligament large et le péritoine en avant et sur les côtés.

En arrière j'introduisis un Mikuliez, pénétrant jusqu'au cul de sac de Douglas, dans le but de drainer le péritoine que je supposais devoir sécréter abondamment.

La pièce enlevée était un gros fibrome qui pesait 4 kil., 400 gr.

La malade s'affaiblit peu à peu et succomba le cinquième jour. Sa température resta normale les deux premiers jours; puis elle oscilla

constamment de 37°,08 à 38°,08. Le jour de la mort elle s'éleva à 39°,06.

A l'autopsie, on constata que le pédicule avait déjà contracté des adhérences assez solides : il n'existait aucune trace de péritonite, les anses intestinales revenues sur elles-mêmes avaient leur coloration normale. Le foie était gros, friable et très gras. Le cœur était flasque, dilaté et offrait une surcharge graisseuse considérable.

Les deux observations que je viens de rapporter ne sont point susceptibles de donner des renseignements définitifs sur la gravité comparée des deux méthodes. Mes deux malades étaient d'un âge relativement avancé ; toutes deux souffraient depuis de longues années. L'une d'elles présentait tous les attributs d'une sénilité précoce avec un état organique des principaux viscères rendant bien compte de leur déchéance fonctionnelle.

Je reste convaincu cependant, que le morcellement appliqué aux très gros fibromes est une opération tellement longue pour les malades, qu'il n'y faut guère songer à moins de conditions spéciales du tissu de la tumeur permettant une action rapide.

En résumé, les tumeurs intra-utérines de petit et de moyen volume sont d'un pronostic bénin.

Leur énucléation avec ou sans morcellement, précédée ou non de la désinsertion avec section élevée du col, ne semble offrir que des dangers tout à fait insignifiants.

La réfection des parties après l'opération Secheyron-Péan est tellement parfaite, que c'est à peine si on en trouve des traces peu de temps après l'opération. Il ne peut donc être question dans aucun cas d'extirper l'utérus, à moins que l'examen direct ne démontre, comme cela était dans une pièce que j'ai présentée il y a quelque temps, qu'à côté du myôme intra-utérin, il en existe d'interstitiels.

Dans ces gros myômes, il est donc fort embarrassant de se déterminer pour la voie vaginale ou pour la laparotomie. Il faut tenir grand compte du volume de la tumeur. Lorsque celle-ci remonte très haut dans l'abdomen, que l'utérus semble bien mobile, je reste convaincu que l'extirpation abdominale, avec ou sans conservation de l'utérus, doit être considérée comme la règle.

Peut-être convient-il de tenir compte également de l'état du tissu myomateux. Quand ce dernier est absolument compact au point de ne se laisser entamer que difficilement, les difficultés du morcellement deviennent excessives ; l'extirpation par l'incision césarienne est préférable.

Propriétés nouvelles du salol,

Par M. Paul Reynier.

Je viens en mon nom, et surtout au nom de M. le Dr Isch-Wall, mon ami et mon assistant, qui a eu l'idée première, vous faire une communication sur un point de pratique chirurgicale pouvant avoir de nombreuses applications. Il s'agit d'une propriété du salol, signalée par Nencki, Patein, Nicot, tous les chimistes qui ont étudié ce produit, mais propriété qu'on n'avait fait qu'indiquer sans l'utiliser.

A la température relativement basse de 40 à 42°, le salol entre en fusion. Il devient liquide, et sa liquéfaction est si complète qu'on peut facilement l'injecter avec une seringue de Pravaz, et le faire passer par l'aiguille de cette seringue. Cette liquéfaction persiste au-dessous du degré de température, qu'il a fallu atteindre pour faire entrer le salol en fusion. Vous pouvez par suite conserver le produit liquide quinze à vingt minutes, temps largement nécessaire pour le manier. Il finit toutefois par se solidifier. Il se prend alors en masse, se moulant dans le vase ou dans la cavité dans laquelle cette cristallisation s'est faite.

Le salol offre de plus une autre propriété qui n'a pas encore été signalée. On avait remarqué qu'il se combine avec un corps, le camphre. Mais cette propriété du salol de s'unir à d'autres substances est plus étendue. Si on mélange du salol et de l'iodoforme, du salol et de l'aristol, et qu'on chauffe le mélange, on voit que le mélange de ces différentes poudres devient liquide, facilement injectable, et se reprend au bout d'un certain temps en masse, dans laquelle les différentes substances mélangées sont intimement unies. Elles ne donnent pas toutefois un nouveau produit; elles sont simplement unies, et cristallisent séparément.

Vous voyez les applications qu'on peut faire de ces notions.

Si vous injectez dans une cavité, dans une fistule de ce salol liquide iodoformé ou aristolé, la cavité ou la fistule se trouve remplie par une masse qui prend également sa forme, pénètre dans les anfractuosités, et qui peu à peu, se désagrégeant, aseptise la cavité.

Nous avons essayé ces injections dans un certain nombre de cas, dans lesquels nous avons toujours eu de bons résultats, et que nous désirons vous communiquer.

Je dis toutefois presque toujours, car lorsqu'on est appelé à traiter des cavités purulentes profondes, mais ouvertes par un orifice étroit, ces injections ne doivent pas être employées. La

masse que forme le salol en se refroidissant, ne se dissociant que très lentement, joue le rôle de corps étranger, et n'arrive pas à aseptiser la poche. Si on ouvre au bout de quelques jours, on trouve au milieu du pus des masses vitrifiées, comme celles que je présente dans ces tubes, qui, faute du temps nécessaire, n'ont pu se désagréger, et dont le produit de désagrégation a été entraîné par le pus.

Mais dans les abcès froids non ouverts et de petite dimension, les choses ne paraissent pas se passer de même. Le salol pur, ou salol iodoformé, injecté après évacuation de la poche par dessication, a le temps de remplir son rôle d'aseptiseur, à condition que de temps en temps on aspire le pus qui se forme au-dessus de la masse injectée. Ainsi nous avons deux observations d'abcès froids ganglionnaires, où ce traitement a amené la guérison.

Obs. I. — Mlle G..., âgée de 7 ans, présentant dans la région sous-maxillaire, un ganglion tuberculeux suppuré, sans amincissement de la peau. Cet abcès ganglionnaire était contemporain d'autres accidents tuberculeux. Otite et carie de l'apophyse mastoïde. Le Dr Isch-Wall fit une ponction aspiratrice, et remplit la poche de salol liquide pur. Deux fois il fut obligé de refaire des ponctions, le liquide se reproduisant; mais à la suite de ces ponctions, non suivies de nouvelles injections, le pus cessa de se reproduire. Pendant quelque temps la malade conserva un petit noyau dur vraisemblablement formé par ce qui restait de salol et elle guérit complètement. La malade a été suivie deux ans.

La deuxième observation a trait à un homme de 30 ans, ayant également dans la région cervicale un abcès ganglionnaire tuberculeux suppuré, mais non ouvert, qui fut traité comme précédemment et guéri à la deuxième ponction.

Enfin nous avons un troisième cas qui fut un insuccès, mais dans des conditions particulières qui méritent d'être signalées, car elles montrent quelles sont les contre-indications de ce traitement.

Il s'agissait d'un homme de 18 ans, entré dans mon service avec un abcès ganglionnaire dans la région sterno-mastoïdienne avec amincissement considérable de la peau, qui était violacée et sur le point de s'ouvrir. On injecta le salol, qui sortit immédiatement par la piqûre; au niveau de l'orifice de la ponction se produisit une fistule. On réinjecta deux fois du salol liquide dans la fistule sans résultat et on fut obligé d'ouvrir la poche qui guérit par l'application de gaze iodoformée imbibée de salol liquide.

Mais, comme vous le voyez, ce cas rentre dans la catégorie précédente d'abcès ouverts par de petits orifices.

Toutefois, sur un enfant qui avait eu un abcès ganglionnaire, ouvert à Rouen par le Dr Petit, et qui me fut amené avec une fistulepersistante, je pus, avec le Dr Martel qui assistait à cette petite opération, obtenir la guérison de la fistule par deux injections de salol liquide iodoformé. Dans ce cas, j'avais affaire à une fistule, et non plus à une cavité d'abcès.

C'est, d'ailleurs, dans les fistules de ce genre que nous avons eu les meilleurs résultats. Que ces fistules aient ou n'aient pas une origine osseuse, on pourra toujours essayer l'usage du salol liquide avant de se déterminer à une intervention.

Sur deux malades de mon service, ayant à la suite d'une résection costale pour lésion tuberculeuse des fistules intarissables, comme tous ceux qui ont pratiqué ces opérations ont pu en observer, nous avons, après avoir vainement essayé des curetages, et des applications de crayons iodoformés, obtenu la guérison définitive par l'injection du salol liquide iodoformé. Dans ces deux cas, le salol, en se refroidissant, formait une masse qui bouchait hermétiquement le trajet, et qui peu à peu s'est résorbée sans qu'on le vît s'éliminer dans les pansements. Nos malades, ayant leur fistule ainsi aseptisée, ont pu quitter le service, et sans avoir eu à changer le pansement, nous sont revenus guéris au bout de peu de temps.

Mais où ces injections nous ont paru surtout remarquables, c'est dans leur application au pansement des grandes cavités osseuses que nous avons si souvent à traiter à la suite de séquestres ou de lésions tuberculeuses.

Sur un malade atteint de trochantérite suppurée nettement tuberculeuse, auquel j'avais ouvert l'abcès osseux en faisant la trépanation du grand trochanter avec le gros perforateur de Gudendag, je remplis la cavité de l'os avec du salol liquide iodoformé et obtins au bout d'un mois la guérison sans suppuration.

Sur un deuxième malade atteint d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia, le Dr Isch-Wall pratiqua l'ablation d'un séquestre de la grosseur d'une noix, contenu dans un abcès de l'os, remplit la cavité osseuse de salol liquide iodoformé, et la guérison fut obtenue rapidement sans suppuration.

Evidemment, dans ces deux cas, nous avons eu affaire à des lésions osseuses bien limitées. Dans les lésions diffuses, les résultats, sans qu'on puisse étonner personne, sont malheureusement tout différents. Ainsi, sur un malade atteint d'ostéite tuberculeuse des os du tarse avec fongosités et fistules multiples, nous avons vainement essayé ces injections, et nous avons dû arriver finalement à l'amputation.

Nous avons encore, à l'heure actuelle, dans notre salle, un

homme auquel nous avons dû ouvrir le tibia pour enlever un séquestre sur une longueur de 10 centimètres. Nous remplissons de temps en temps la cavité avec ce salol liquide, que nous laissons cristalliser, et notre malade est en pleine voie de guérison sans avoir suppuré. Nous faisons ainsi un pansement aseptique, fermant hermétiquement la cavité osseuse.

Enfin, nous signalerons, en dernier, une application de ces propriétés du salol. Lorsqu'on verse sur la peau, sur la suture d'une incision cutanée de ce salol liquide pur, ou iodoformé, ou aristolé, ce salol, en se solidifiant, forme un enduit comparable à une tache de bougie, enduit aseptique qui adhère à la peau, protège la plaie sans qu'il soit besoin d'autre pansement. Nous avons ainsi pansé des plaies de laparotomies pour lesquelles nous ne voulions pas mettre le pansement ouaté classique, afin de placer sur le ventre des vessies de glace. La cicatrice a été suffisamment protégée pour qu'il n'y ait eu aucun accident septique.

Tels sont les faits-types que nous avons cru devoir vous signaler, et qui montrent les principaux cas dans lesquels ce traitement trouve son application. Nous pourrions ajouter une dizaine d'autres observations analogues, dont l'énumération ne présenterait aucun intérêt. Qu'il nous suffise de dire que nous avons réussi dans une adénite suppurée de l'aine, dans deux abcès sudoripares de l'aisselle ouverts préalablement, et que nous pensons pouvoir vous présenter, dans quelque temps, d'autres lésions tuberculeuses guéries par ce traitement.

Nous terminons en disant que nous n'avons nullement la prétention d'avoir trouvé un moyen sûr et constant d'aseptiser les foyers purulents, mais simplement d'ajouter à la pratique courante de la chirurgie un moyen commode, innocent et quelquefois très efficace de venir à bout de quelques-unes de ces suppurations prolongées qui sont un si grand ennui pour le chirurgien.

Présentation de malades.

M. Gérard-Marchant. Je profite de la discussion ouverte devant la Société de chirurgie, sur le traitement des ganglions tuberculeux du cou, pour vous présenter deux malades qui étaient atteintes de ces adénopathies et que j'ai soignées par une thérapeutique différente.

La première est une jeune fille qui portait, sur la moitié droite du cou, un chapelet ganglionnaire allant de l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule, sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien. —

Il existait aussi une masse dans la région sous-maxillaire du même côté.

Ces ganglions étaient agminés, mais bien isolés de la peau : leur masse formait une masse continue, distincte des parties superficielles et profondes. Le docteur Landouzy, médecin de Laennec, adressa cette malade dans le service de M. Nicaise, et je pensai que je devais faire l'ablation de ces masses tuberculeuses au bistouri.

L'opération fut laborieuse : il fallut, par une première incision parallèle au rebord du maxillaire, enlever les ganglions sous-maxillaires. Par une deuxième incision pré-mastoïdienne, allant de l'apophyse mastoïde à la clavicule, je découvris toute la chaîne ganglionnaire sous-cléido-mastoïdienne ; la jugulaire interne fut délicatement séparée de ces ganglions.

La réunion primitive a été obtenue : la cicatrice n'est pas trop visible ; elle perd tous les jours cet aspect chéloïdien qu'elle a conservé pendant quelques mois après l'opération. Vous ne sentirez pas un seul ganglion. A ce point de vue, l'opération est parfaite. Mais il y a un creux, un sillon pré-mastoïdien, des atrophies musculaires au niveau de l'épaule. Voici dix-huit mois que cette enfant est opérée : la santé générale est parfaite ; elle est devenue une belle jeune fille !

La seconde malade que je vous présente a été traitée par les injections de chlorure de zinc au 1/10e ; elle a subi depuis douze mois quarante injections de ce liquide, suivant le procédé qui nous a été indiqué par M. Lannelongue.

Dans ce cas, on ne pouvait songer à l'extirpation : les ganglions étaient mous, diffus, formant une masse irrégulière faisant corps avec le tissu cellulaire sous-cutané et la peau. Une énorme tumeur ganglionnaire défigurait absolument cette jeune fille : les segments du cou dépassaient à droite, les contours de la face.

Le résultat de ces injections a été très heureux, en ce sens que la déformation n'existe plus. Toute la masse cutanéo-ganglionnaire s'est affaissée, rétractée, transformée en un tissu cicatriciel. Mais ici vous trouverez des portions de ganglions : vous pourrez sentir leur contour, et à ce point de vue, cette malade, quoique guérie de sa difformité, ne m'offre pas des garanties de guérison aussi absolues que la première malade.

M. Demoulin présente, au nom du professeur Duplay, un homme qui a subi la désarticulation de Lisfranc pour un mal perforant plantaire. Le siège des lésions a obligé le chirurgien à faire un lambeau plantaire beaucoup plus court que de coutume ; néan-

moins le résultat, au point de vue de la forme et des fonctions, est excellent. M. Duplay pense que l'opération de Lisfranc mérite d'être réhabilitée depuis que l'antisepsie nous permet des réunions rapides et sans suppuration.

La séance est levée à 5 heures moins 10 minutes.

La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats aux places de membre correspondant national.

Le Secrétaire annuel,
E. KIRMISSON.

Seance du 19 juillet 1893.

Presidence de M. PÉRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Annales de la Société belge de chirurgie*, 1893, 1re année, n° 2 ;

3° *A Manuel of Ambulance transport*, par M. LONGMORE, membre correspondant, 2e édition. Londres, 1893 (Hommage de l'auteur) ;

4° *Catalogue of the collection of calculs of the bladder*, par sir HENRY THOMPSON, membre correspondant. Londres, 1893 (Hommage de l'auteur) ;

5° Lettre de M. CHAUVEL, demandant à être admis à l'honorariat ;

6° Lettre de MM. CHAPUT et RICARD, demandant à être inscrits sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

Communication.

Sur le taux de l'urée dans l'urine chez les sujets atteints de cancers viscéraux, cancer de l'ovaire, lésion non cancéreuse des ovaires. Augmentation de la décharge d'urée après les opérations. Conclusions relatives,

Par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

On a de tout temps cherché dans l'examen des urines des indications utiles pour le traitement des blessés. Mais ces indications paraissaient surtout limitées à celles que peut donner l'existence de produits anormaux, de l'albumine ou du sucre, ou bien, dans certaines circonstances, d'éléments figurés, de produits pathologiques existant dans l'urine. Il y a quelques années, les chirurgiens furent vivement intéressés par une communication de M. Thiriar au Congrès de chirurgie, annonçant que, conformément aux conclusions des recherches de M. Romelaere, les sujets atteints de cancers viscéraux avaient une urine d'une pauvreté typique au point de vue de l'urée, à ce point que le taux de l'urée pouvait suffire à faire établir le diagnostic si difficile des cancers viscéraux. Au-dessous du chiffre quotidien de 12 grammes d'urée, le cancer pouvait être affirmé.

Cette donnée, acceptée par les uns, niée absolument par les autres, a été le point de départ de mes recherches sur l'urée chez les sujets atteints d'affection chirurgicale et sur les opérés depuis 1885.

Les opinions actuelles sur les conditions des variations de l'urée sont assez diverses, les uns acceptant une relation évidente entre le taux de l'urée et la santé générale du sujet, les autres voyant là surtout une modification en rapport avec le mode d'alimentation du sujet.

De nos recherches, il résulte bien que chez la plupart des sujets, lorsqu'on vient à restituer l'alimentation azotée, on fait sensiblement remonter le taux de l'urée ; mais ce n'est qu'un facteur, et il n'est pas constant. Nous trouvons, au contraire, des relations assez constantes entre le taux de l'urée et les conditions où nous rencontrons nos malades, suivant certains accidents et tout à fait en dehors de l'alimentation. De ces variations du taux de l'urée, on peut tirer des observations de valeur pour le diagnostic, pour le pronostic, et, selon moi, des indications thérapeutiques précieuses.

Je tiens à dire que je ne veux pas étudier ici des analyses d'urine complètes et rigoureuses qui seraient plus intéressantes, mais qui

auraient le tort d'être impossibles en clinique. J'ai voulu voir surtout s'il serait facile de tirer parti d'une étude succincte, rapide, possible pour tous les sujets, et si l'élément le plus facile à rechercher pouvait nous renseigner utilement. C'est d'une masse considérable de documents, de bien des centaines d'analyses (environ 800) que je tire mes conclusions. Or, celles-ci m'ont surtout amené à déterminer les caractères suivants dans l'urine :

1° Volume rendu en vingt-quatre heures ;

2° Produits anormaux faciles à constater et tubes épithéliaux ;

3° Albumine et sucre ;

4° Urée, dosage par litre et par vingt-quatre heures.

Si j'ai fait rechercher souvent d'autres éléments dans des analyses plus complètes, ce sont ceux qui ont régulièrement appelé mon attention, et je ne veux tirer de conclusions que de ces observations limitées.

Même pour des recherches aussi restreintes, mais faites sur tous les sujets avant et après les opérations, on s'aperçoit bien vite qu'il y a un labeur assez considérable à entreprendre.

Il faut d'abord recueillir la totalité de l'urine ou bien on s'expose avec des moyennes à d'énormes causes d'erreur. Dans certaines maladies, en particulier, la diminution de la quantité d'urine est d'une extrême fréquence. Je puis rappeler, par exemple, le cas suivant observé tout à fait au début de mes recherches. J'opérai une femme atteinte d'une petite tumeur abdominale assez douloureuse, mais avec un taux d'urée voisin de la normale, environ 16 grammes. Malgré la conservation de l'urée, au cours de l'opération je constatai qu'il s'agissait d'un cancer ovarien manifeste.

J'examinai à nouveau le tableau d'urée qui m'avait été communiqué ; je reconnus qu'on m'avait donné les proportions par litres au lieu des proportions par vingt-quatre heures. La femme ne rendait guère que 3 à 400 grammes d'urine par vingt-quatre heures. Elle était bien dans la règle qui veut des abaissements d'urée pour les tumeurs malignes.

Beaucoup de résultats anciens se ressentent des erreurs de ce genre qu'il suffit de signaler pour les éviter.

Le recueil de la totalité des urines et leur mélange sont d'une nécessité absolue.

Cette récolte est nécessaire d'abord pour établir les proportions et régulariser la masse de l'urine ; elle est nécessaire aussi pour nous enseigner certains états pathologiques en relation avec une excrétion faible ; cette excrétion faible donne quelquefois une urine contenant en somme à peu près les éléments d'une urine normale de vingt-quatre heures.

Avant de juger les abaissements du taux de l'urée, il faut noter

que le taux de l'urée normale a été généralement indiqué trop élevé. De nos recherches, par exemple, il suit que le chiffre quotidien de l'urée s'abaisse très communément à 14 ou 15 grammes, qu'il est fort rare qu'il dépasse 25 grammes. Nous sommes bien loin des chiffres de 30 à 35 grammes que l'on a donnés comme type normal.

Nos observations les plus nombreuses de beaucoup ont été faites chez la femme.

Les faits mis en lumière par ces analyses sont les suivants :

La diminution du taux de l'urée se rencontre chez un certain nombre de cancéreux, mais non chez tous. Elle est surtout facile à observer chez des sujets atteints de cancers viscéraux et lorsque la cachexie tend à s'établir. Dans beaucoup de ces cas, elle s'accompagne d'une diminution absolue dans la quantité de l'urine excrétée.

La diminution de l'urée n'est pas constante avec le cancer et même avec les cancers viscéraux. Les faits négatifs sont assez communs.

Cette diminution de l'urée n'est pas davantage le monopole des cancers viscéraux, mais on la rencontre dans quelques autres maladies chirurgicales. Dans aucune elle n'est plus commune que dans les altérations dites bénignes de l'ovaire. Je ferai remarquer, du reste, en passant, que parmi les cancers que caractérise la diminution de l'urée, le cancer des ovaires est au premier rang. J'ajouterai encore que la diminution de l'urée dans l'hystérie est un fait admis qui paraît établir une fois de plus les relations entre l'ovaire et les états nerveux, entre les états nerveux et la nutrition générale.

Abaissement du chiffre de l'urée dans les affections cancéreuses de l'ovaire. — L'abaissement du chiffre de l'urée excrété chez les femmes atteintes de cancers de l'ovaire peut être constaté, mais il est bien moins régulier qu'on ne l'avait cru d'abord. Il coïncide presque toujours dans ces cas avec une diminution absolue de la quantité d'urine. Il arrive donc que celle-ci étant très raréfiée et contenant encore une proportion très inférieure d'urée, la totalité de l'urée excrétée est réellement tout à fait misérable.

La proportion de cet abaissement peut donner de précieuses indications sur la quantité de déchéance organique subie par le sujet. Aussi, au point de vue opératoire, faut-il tenir un grand compte de ce fait que cet abaissement d'urée n'est pas excessif, de ce qu'il ne reste pas aussi considérable si la malade est placée dans de bonnes conditions de repos et d'alimentation, ou bien du fait opposé, à savoir que l'abaissement d'urée va toujours se main-

tenant ou croissant sans qu'il soit possible d'opérer son amendement.

Je pense avoir trouvé dans la constatation de ce fait une explication des différences extraordinaires que l'on observe dans les suites opératoires des malades atteintes de ces tumeurs. Les unes guérissant facilement en quelque sorte et les autres périssant avec une facilité désolante.

Une des conditions qui m'a permis d'être particulièrement heureux dans mes dernières opérations de cancers de l'ovaire (je parle depuis 1886) a été que j'ai tenu compte de cette indication et que j'ai abordé l'opération dans des conditions aussi mauvaises pour les autres apparences, mais où le taux de l'urée annonçait une résistance vitale plus satisfaisante, et surtout dans le cas où il était relevé assez facilement.

On remarquera qu'avec ces cancers ovariens les abaissements de l'urée sont souvent excessifs. On peut voir l'urée excrétée se réduire à 7, 5, 3 et 2 grammes en vingt-quatre heures avec des quantités d'urine variant de 600 à 250 grammes. Ces urines contiennent quelquefois un peu d'albumine, mais le plus souvent ne présentent aucun autre caractère anormal.

J'ai vu cette rareté de l'urée se modifier d'une façon assez marquée, sous l'influence d'un régime lacté assez prolongé combiné avec un repos au lit et la suppression de *toutes les fatigues* qui exaspéraient antérieurement *les douleurs de la malade.* J'ai compté parmi les éléments de bon pronostic, ce mode : l'élévation du taux de l'urée, et j'ai opéré avec succès dans des cas qui au début m'avaient paru absolument désespérants.

Chez les malades opérées avec succès on a pu voir, l'opération terminée, les décharges d'urée prendre une importance proportionnelle aussi considérable que chez les autres sujets, sans arriver toutefois aux chiffres absolus énormes, que l'on observe chez les sujets qui avaient antérieurement un taux normal de l'urée.

Maladies bénignes de l'ovaire. — Au cours de mes recherches j'ai éprouvé d'abord quelques surprises en observant que l'abaissement du chiffre de l'urée se rencontrait dans des cas où il n'y avait aucun cancer et où l'opération démontra dans le présent et dans les suites l'absence de tout cancer. Non seulement j'observai des abaissements d'urée très communs chez les femmes atteintes de lésions ovariennes anciennes, mais je trouvai des abaissements à des chiffres très faibles. C'est en particulier dans les formes d'ovarites les plus douloureuses que cet abaissement peut arriver aux chiffres extrêmes, à 6, 5, 4 et même 3 grammes d'urée dans les vingt-quatre heures.

Il ne faudrait pas croire que ces chiffres ne sont observés que chez des femmes privées de nourriture, incapables de s'alimenter. On les trouve chez des femmes qui mangent encore passablement. Toutefois on peut noter que si on met des femmes au repos absolu, si on calme par des narcotiques l'acuité de leurs douleurs et si on soigne leur alimentation de très près, ou simplement si on leur impose un régime lacté régulier, on arrivera à faire remonter le chiffre d'urée, non à un chiffre normal, mais à un taux sensiblement supérieur. On peut obtenir par exemple que le chiffre de l'urée, qui était à 3 ou 4, remonte à 8 ou 10 grammes.

C'est là un résultat que je considère comme indispensable pour préparer les malades à une opération. Ce taux inférieur de l'urée est ordinairement accompagné d'une rareté extrême des urines. Il faut que les deux phénomènes soient modifiés pour que les conditions de l'opération soient véritablement favorables.

Cet abaissement de l'urée et cet amoindrissement de la quantité des urines peuvent être donnés comme une mesure de la déchéance organique subie par la femme, déchéance organique fort mal connue et fort mal appréciée. Il est de notion vulgaire, en effet, que ces maladies des ovaires sont douloureuses, capables de rendre la femme infirme, d'empoisonner son existence sociale, mais ne compromettent pas sérieusement sa vie même. C'est là une erreur grossière. Ces maladies déterminent une déchéance organique incontestable et préparent le terrain pour toutes les maladies, et, si on y regarde d'un peu près, on reconnait que chez les femmes une foule de causes de mort ont été préparées par des lésions ovariennes. Si la mort directe par l'ovaire n'est pas la règle, la mort indirecte par l'ovaire, à cause de l'ovaire, est extrêmement commune. Aussi les interventions violentes sur les annexes sont justifiées, non seulement par les douleurs et l'état misérable de la femme, mais par les suites mortelles plus ou moins rapides qui la menacent. En somme, par ces interventions sur les ovaires, on rend aux femmes une santé générale telle que toutes les fonctions de nutrition reprennent un cours régulier définitif.

Pour ces sortes d'abaissements de l'urée, il est fort remarquable qu'il s'agit surtout de sujets chez lesquels les accidents nerveux sont développés. On les trouve le plus souvent avec les petites lésions ovariennes plutôt qu'avec les grosses lésions accusant de grandes transformations organiques ou des lésions inflammatoires anciennes et très développées.

Précisément, dans ces cas, la lésion est si bien limitée que lorsqu'après guérison, on voit reparaître une sécrétion normale, on ne saurait douter que la lésion ovarienne était cause de cette altération profonde de la nutrition, et on ne saurait douter de

l'efficacité et de la nécessité de l'intervention qui a mis fin aux accidents.

Excrétion post-opératoire. — Si la diminution de l'excrétion de l'urée du fait de la présence de certaines maladies est un fait curieux, l'augmentation de l'urée excrétée sous l'influence de l'acte opératoire n'est pas moins curieux et riche d'enseignements pour les soins à donner aux opérés. En examinant les urines de tous les sujets qui ont subi des opérations dans mon service depuis huit années d'une façon irrégulière, et depuis six années d'une façon très régulière, j'ai pu noter que quelque fût le chiffre habituel de l'urée dans les jours qui précédaient les opérations, si, aussitôt l'opération faite, l'excrétion de l'urée prenait des proportions considérables, on avait observé que les urines des opérés se troublent souvent, qu'elles prennent une coloration rosée due à la présence des urates, mais l'augmentation de l'urée ne paraît pas avoir attiré l'attention.

Cependant cette décharge de l'urée suit de très près l'opération, car elle commence dans les vingt-quatre heures qui suivent pour atteindre son maximum le troisième jour en général.

Si le taux de l'urée avait été très abaissé, il n'est pas rare de voir ce taux quintuplé. Nous trouvons, par exemple, un cas d'ablation d'ovaires avec trompes probablement tuberculeuses chez une femme qui ne donnait que 5 grammes d'urée quotidienne. Le troisième jour après l'opération, le taux de l'urée était à 25 grammes.

Mais, avec des chiffres plus près de la normale, nous voyons des chiffres encore très considérables. Ceux de 30 et 40 grammes chez des femmes qui ne donnaient que 12 à 15 grammes d'urée ne sont pas rares.

Je relève pour une opération sans très grand traumatisme, pour une ventro-fixation de l'utérus chez une femme qui avait antérieurement 13 grammes d'urée quotidienne un chiffre de 45 grammes le troisième jour. Que l'on parte d'un chiffre faible ou d'un chiffre de 15 à 20 grammes, les ascensions jusqu'à 35 et 45 grammes sont communes.

On voit cette augmentation du taux de l'urée même sur des sujets sur lesquels il semble que la sécrétion urinaire puisse présenter des troubles particuliers. Je relève un cas de néphrectomie pour kyste d'un rein. Il y avait 13 grammes avant l'opération et le maximum post-opératoire fut 31 grammes le troisième jour.

Je ferai remarquer que ces augmentations sont d'autant plus curieuses chez mes malades, que le premier jour ils ne prennent absolument rien, même pas de boissons. Quant aux jours qui suivent, ils ne prennent jamais aucune alimentation, mais seulement des

liquides non alimentaires. Il est bien rare qu'ils aient même du lait avant le troisième jour, jour du maximum d'urée.

Cette élévation de l'urée ne persiste que quelques jours. Ensuite l'urée redescend à un taux normal. Chez les sujets qui avaient de grands abaissements et qui ont été guéris par l'opération, le chiffre ne redevient pas aussi bas qu'il était auparavant, il reste plus élevé et remonte peu à peu pour arriver à une mesure normale.

Voici par exemple une ovario-salpingite tuberculeuse qui donnait un chiffre habituel de 5 grammes; quelques mois après la guérison, on observait sur la malade le chiffre quotidien de 16 grammes.

Chez une femme atteinte d'ovarite à petits kystes et chez laquelle l'état de santé était tout à fait misérable, on observait avant l'opération les chiffres quotidiens de 7, 8 ou 10 grammes d'urée. J'ai pu constater six mois après l'opération le chiffre de 23 grammes, et six mois plus tard, celui de 25 grammes. L'état de santé était alors tout à fait satisfaisant.

Cette élévation du chiffre de l'urée est d'autant plus remarquable à citer, que je l'ai observée chez certains sujets chez lesquels des accidents hystériformes avaient complètement disparu. Cependant leur tempérament d'hystérique restait. Elles restaient encore des nerveuses, mais l'urée était cependant revenue au taux normal. On ne peut donc pas dire que les abaissements du taux de l'urée soient attribuables au tempérament de l'hystérique. Il se fait peut-être plus facilement chez elle, mais disparaît avec les accidents qui amenaient la déchéance organique du sujet. Et cette disparition fait partie de la guérison des ces hystéries symptomatiques.

Quand la mort survient assez rapidement après l'acte opératoire, le chiffre de l'urée ordinairement reste très faible. Il semble même qu'il y ait une relation directe entre ce défaut d'excrétion de l'urée post-opératoire et les accidents mortels. Cela m'a permis de dire que je pensais que pour qu'un opéré pût survivre, il fallait qu'on fût assuré que son filtre rénal était en état de suffire à cette élimination indispensable.

Cependant je dois dire que si je n'ai pas vu les sujets qui meurent arriver aux taux considérables de l'urée, j'en ai vu succomber qui avaient fait des éliminations d'urée qui auraient pu passer pour suffisantes.

Causes de ces éliminations. — Quelle cause attribuer à un fait aussi constant?

L'acte opératoire est assez complexe pour que plusieurs causes se réunissent pour provoquer cette décharge.

Ce que l'on a appelé le choc de l'opération, son action sur le

système nerveux local et général, peut sans doute contribuer à provoquer la décharge, comme le fait l'effort pour un grand travail musculaire.

La résorption du sang et de la sérosité épanchée est un phénomène qui paraît bien plus nettement capable de contribuer à cette décharge, comme le ferait un excès d'alimentation en matières albuminoïdes.

Enfin, la résorption d'une très grande quantité d'éléments anatomiques frappés de mort, doit jouer un rôle dans les causes de cette décharge d'urée. Quelque restreinte que soit une opération, quelque parfaite que soit la réparation, la masse des éléments destinés à périr doit être énorme.

La triple action qui paraît causer la décharge d'urée se traduit encore par le phénomène de la fièvre traumatique. J'ai depuis longtemps, pour ma part, établi que cette fièvre, incontestable pour tout observateur attentif, était une fièvre d'excitation nerveuse et d'élimination élémentaire.

Quelle que soit toutefois la théorie adoptée, nous devons constater que le fait observé témoigne qu'après l'acte opératoire l'économie est encombrée de produits qui doivent être éliminés par les voies qui servent à l'élimination des déchets ordinaires de nos produits de désassimilation et au rejet des excédents fournis par une alimentation azotée.

Il ressort de cette simple réflexion que le sujet qui vient d'être opéré est dans un état tel, que non seulement toute alimentation est inutile et dangereuse, mais qu'il faut agir par tous les moyens possibles pour faciliter et compléter l'élimination.

Conséquences et indications thérapeutiques. — On prévoit tout de suite une des conditions les plus nécessaires pour qu'un sujet déterminé ait chance de bien supporter une opération de quelque importance. Il faut qu'il ait un rein, sinon bon, au moins suffisant. On peut donc prévoir que certains sujets seront dans de très mauvaises conditions en ce qui concerne les opérations. Malheureusement, en dehors des grandes cachexies, il pourrait arriver que l'état du rein ne fût pas très facile à déterminer. Toutefois, il semble bien que, sauf des cas très exceptionnels, les sujets de quelque apparence sont bien en état de faire cette élimination.

Mais deux grosses conséquences thérapeutiques sont à tirer de cette constatation. D'abord on conçoit aisément que toute nourriture solide soit absolument inutile dans les jours qui suivent l'opération. Lorsqu'un sujet doit suffire à des décharges pareilles, la moindre addition de nourriture azotée va rendre plus difficiles encore les fonctions de ses reins. Aussi voit-on si souvent l'embarras

gastrique dans les essais prématurés d'alimentation chez les opérés. En cela, nous constatons une fois de plus combien les maîtres de la chirurgie d'autrefois avaient raison en prescrivant la diète aux opérés.

Cette diète des opérés est physiologiquement indispensable; les anciens le savaient d'après les traditions qu'on a voulu détruire et remplacer, et il nous faut y revenir aujourd'hui scientifiquement, comme nous sommes déjà revenus aux pratiques de la protection des plaies abandonnées par les chirurgiens de la première moitié du XIXe siècle.

Je crois même que l'étude attentive des analyses d'urée permettra de bien fixer cette limite de la diète nécessaire, qui doit varier un peu avec les sujets.

Le retour d'un opéré au chiffre normal d'excrétion de l'urée ne s'effectue guère avant la fin de la première semaine. Or depuis longtemps j'ai été amené à considérer que pendant la première semaine qui suit une grande opération, une alimentation azotée de quelque importance est absolument inutile, même quand le sujet serait capable de l'absorber. Dans la plupart des cas du reste, l'opéré d'instinct n'accepte pas volontiers cette nourriture, et il faut l'aveuglement avec lequel on a adopté la suralimentation des opérés pour comprendre que l'on force les grands opérés à la nourriture dès ces premiers jours.

Mais il y a beaucoup plus. A cette diète des anciens à laquelle je suis revenu, j'ai encore ajouté une pratique des temps passés qui était aussi rationnelle que la diète et qu'on avait évidemment adoptée par suite d'une longue expérience : la purgation des opérés. Après l'avoir appliquée rigoureusement aux opérés de chirurgie abdominale, je l'ai fait subir à tous mes opérés, et la constatation de leurs excès d'urée m'a fait persévérer et insister dans cette voie. On a de la sorte une méthode qui permet de décharger le rein indirectement et on évite les encombrements intestinaux qui sont bien faits pour amener une résorption qui vient encore charger les reins d'une besogne d'élimination.

La connaissance des faits que j'ai exposés, la constatation de l'efficacité des mesures thérapeutiques que je conseille, feront se faire des réflexions intéressantes sur bien des opérés atteints de constipation.

On sait encore assez bien que, contre toute attente, certains opérés qui ont perdu beaucoup de sang ont une tendance à une convalescence plus régulière que d'autres.

Enfin, peut-être faut-il penser qu'en certaines circonstances la saignée des opérés n'est pas aussi irrationnelle qu'elle a semblé à une époque assez rapprochée de nous où on l'a blâmée et rejetée

comme ridicule, ainsi qu'on l'a fait pour beaucoup d'autres choses du passé auxquelles nous sommes revenus et dont nous nous trouvons bien.

Grosses décharges d'urée précédant l'opération; de leur danger. — Je dois terminer cette étude en signalant une hypothèse qui n'est justifiée que par des faits trop peu nombreux; même sur le sujet, il ne peut produire qu'une observation assez complète, la terminaison fatale des opérations étant aujourd'hui heureusement assez rare pour que les documents de cet ordre soient infiniment peu communs. Après avoir constaté la nécessité des décharges post-opératoires, je me suis demandé si une décharge considérable d'urée préexistant ne constituait pas une très mauvaise condition pour les opérations à faire ou pour les traumatismes à subir.

Dans un seul cas, chez un sujet issu de parents goutteux opéré pour une fracture de rotule, j'ai constaté un chiffre énorme d'urée : 41 grammes d'urée quotidienne. Le malade, dont le genou s'est réparé sans encombre, a succombé au bout de 21 jours à des vomissements que rien n'a pu arrêter, alors que rien du côté du genou n'eût dénoté un accident quelconque. Il était guéri.

Il était sujet à des salivations et à des pituites. Dans sa famille, certains membres ont présenté une tendance extraordinaire aux vomissements et les renseignements recueillis sur son passé ont montré que ces troubles viscéraux pouvaient être attribués à cette diathèse goutteuse et à la charge rénale.

Ce fait à lui seul n'est pas assez démonstratif pour conclure au grand danger des grosses décharges préalables d'urée. Mais nous pouvons nous rappeler qu'en pratique et de tous temps on a estimé que les sujets qui s'adonnent à l'entraînement, c'est-à-dire qui, par des exercices progressifs arrivent à éliminer toutes les surcharges inutiles de l'économie, c'est là un fait vulgaire, sont des sujets qui supportent le traumatisme avec une extrême facilité. Tous les gens au courant des exercices athlétiques peuvent témoigner de ce fait.

On peut estimer qu'ils ont des suites particulièrement heureuses justement parce qu'ils sont dans des conditions opposées à celles signalées plus haut.

Il serait donc tout naturel d'admettre que les surcharges préexistantes, dans l'économie, en vertu d'un état cachectique antérieur, créent des conditions très mauvaises pour la réparation, puisqu'elles rendront les éliminations infiniment plus difficiles et peut-être impossibles à certains instants.

En conclusion, la nécessité s'impose de préparer les sujets à subir les grandes opérations, et le traitement du sujet par les éva-

cuants, par une diète sage peuvent devenir des pratiques nécessaires pour assurer la sécurité dans toutes les conditions. L'examen préalable de l'urée peut à cet égard nous renseigner très utilement sur la préparation à faire subir au sujet.

Discussion.

M. Reynier. Comme M. Championnière, je me suis préoccupé d'examiner les urines de mes opérés et, comme lui, j'ai constaté une augmentation dans l'excrétion de l'urée après les opérations ; mais l'explication que j'en donne est différente. M. Championnière admet que l'augmentation dans l'excrétion de l'urée après les opérations représente une décharge fonctionnelle; je pense, pour ma part, que la cause en est dans l'action du chloroforme sur le foie. Or, le foie est le grand producteur de l'urée, comme l'a démontré M. Brouardel ; de là, l'augmentation de l'urée, après la chloroformisation, le chloroforme exerçant une action spéciale sur la cellule hépatique. Chez les alcooliques, chez ceux dont le foie est congestionné, on voit se produire, à la suite de la chloroformisation, des urines rosacées sur lesquelles M. Verneuil a depuis longtemps appelé l'attention comme signe des maladies du foie. Chez les diabétiques, il y a toujours augmentation du sucre ; chez beaucoup de malades, cette action du chloroforme sur le foie donne lieu à l'embarras gastrique, à des vomissements plus ou moins prolongés ; aussi y a-t-il utilité à purger ces malades pour traiter leur embarras gastrique et améliorer l'état de leur foie.

M. Kirmisson. M. Championnière a fait allusion au mémoire de M. Thiriar, présenté au Congrès français de chirurgie en 1885. Je rappellerai que, dans cette même session du Congrès de chirurgie, j'ai présenté un travail destiné à vérifier l'opinion de M. Rommelaëre sur la diminution de l'urée dans le cancer, travail basé sur un grand nombre d'analyses d'urine faites, soit dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière, soit dans celui de M. Verneuil à la Pitié. Or, j'ai pu démontrer qu'il n'y avait pas de relation absolue entre le taux de l'urée excrétée et la présence ou l'absence de cancer, que si l'abaissement de l'urée pouvait avoir une importance pronostique en nous révélant l'état de la nutrition, elle ne pouvait avoir aucune signification au point de vue du diagnostic des maladies cancéreuses.

M. Tillaux. Je ne suis pas de l'avis de M. Championnière sur le régime diététique des opérés. Je me rappelle que, dans ma jeunesse, on aurait été épouvanté à l'idée d'accorder des aliments

à un malade le lendemain ou le surlendemain d'une opération. On fut vivement étonné quand on apprit qu'un chirurgien, Philippe Boyer, avait un grand nombre de succès opératoires, dans des cas où presque tous ses collègues échouaient, et que la cause de ces succès était dans l'alimentation qu'il donnait à ses malades. A partir de ce moment, tout le monde alimenta les opérés, et je suis disposé, pour ma part, à persister dans cette manière de faire.

M. Lucas-Championnière. Je connais le mémoire de M. Kirmisson et j'admets le bien-fondé de ses conclusions. Je répondrai à M. Reynier que pour connaître la part qui revient au chloroforme dans l'augmentation d'excrétion de l'urée, il faudrait faire des recherches sur des malades qui auraient été soumis à la chloroformisation sans opération. Quant au régime des opérés, je suis très satisfait de la diète que je leur impose ; j'y ai été conduit surtout par la pratique de la chirurgie abdominale et cérébrale. Les chirurgiens anciens avaient déjà remarqué que, chez les malades atteints de plaie de tête, l'alimentation donnait de la fièvre ; de même après la trépanation.

Présentation de malade.

M. Schwartz présente une femme qu'il a opérée il y a deux ans, pour un pied plat valgus douloureux ; il lui a fait une large tarsectomie interne, comprenant l'ablation du scaphoïde, d'une partie de l'astragale et du premier cunéiforme ; puis, il a rapproché les surfaces osseuses et les a suturées au fil d'argent ; la malade a été immobilisée pendant deux mois dans un appareil plâtré. Aujourd'hui le résultat reste très satisfaisant.

M. Lucas-Championnière. Deux fois j'ai pratiqué dans ces circonstances l'extirpation de l'astragale et j'ai obtenu le même résultat avantageux que celui qui vous est présenté aujourd'hui par M. Schwartz.

Scrutin.

Election pour la nomination de quatre membres correspondants nationaux.

Nombre de votants, 25. — Majorité absolue, 13.

Ont obtenu :

MM.	Dayot	17 voix.
	Pauzat	15 —
	Reboul	16 —

Un second tour de scrutin est nécessaire pour la 4e place.

MM.	Ménard	12 voix.
	Monprofit	11 —

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un troisième tour de scrutin.

MM.	Ménard	11 voix.
	Monprofit	13 —

En conséquence, MM. Dayot, Pauzat, Reboul et Monprofit sont proclamés *membres correspondants nationaux* de la Société de chirurgie.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

E. Kirmisson.

Séance du 26 juillet 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettres de MM. Th. Anger et Marchand, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Lettre de M. Pozzi, demandant un congé d'un mois à dater du 1er octobre ;

4° Lettres de MM. Dayot, Monprofit, Pauzat et Reboul, remerciant la Société de les avoir nommés membres correspondants nationaux ;

5° Lettre de M. François Hue (de Rouen), demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national ;

6° *Luxation du pied. Résection bi-malléolaire. Guérison*, par M. Tachard, membre correspondant ;

7° *Hermaphrodisme. Double kyste dermoïde des ovaires. Ablation. Guérison*, par M. Audain (de Port-au-Prince) (M. Brun, rapporteur) ;

8° (*a*) *Plaie du médian. Résection. Suture. Retour de la sensibilité ;* (*b*) *deux cas de rectotomie par la méthode de Kraske*, par M. François Hue (de Rouen) (M. Reynier, rapporteur) ;

9° *Les glandes lacrymales conjonctivales et orbito-palpébrales. L'ablation des glandes lacrymales palpébrales.* Thèse de doctorat de M. Terson. Paris, 1892 (prix Duval).

A propos du procès-verbal.

Du régime des blessés et des opérés.

M. Nicaise. Dans la dernière séance, M. Lucas-Championnière a, dans une communication intéressante, attiré notre attention sur l'abaissement de la quantité d'urée excrétée par les urines, chez certains malades, particulièrement dans des affections de l'ovaire, dans le cancer, les ovarites scléro-kystiques.

Chez ces malades, une opération était suivie d'une augmentation dans l'excrétion de l'urée, ce que M. Lucas-Championnière attribue à la fièvre traumatique et à la résorption des épanchements sanguins et des tissus atteints par l'acte opératoire. Comme conséquence de l'hyperexcrétion d'urée, M. Championnière soumet ses opérés à la diète, et afin de soulager le rein, il recommande l'emploi des purgatifs. Par la diète et les purgatifs, on revient donc à la pratique des anciens, dit-il ; notre collègue est même disposé à accepter la saignée et à reconnaître les avantages d'un certain écoulement sanguin au moment de l'opération.

Au sujet de l'hypoazoturie, il serait utile de connaître quelles

étaient les conditions qui accompagnaient ce phénomène, quelle était la température du malade, son poids, son degré d'alimentation.

Chez des cachectiques sans fièvre, qui s'alimentent peu, le taux de l'urée excrétée peut descendre au-dessous de la moyenne, qui est de 19 à 24 grammes. MM. Rommelaere et Thiriar avaient pensé trouver dans l'hypoazoturie un signe du cancer; mais M. Kirmisson, entre autres, a prouvé que ce phénomène n'existait qu'au moment de la cachexie ; le cancer alors n'intervient que comme cause de cette dernière.

Dans l'hystérie, l'urée excrétée peut descendre à 3 grammes; mais en même temps le sujet est immobile, il ne mange pas, les actes de la nutrition sont pour ainsi dire suspendus.

Après les opérations, M. Championnière a constaté l'augmentation de l'urée, ce qu'il attribue à la fièvre traumatique et à la résorption des éléments anatomiques du foyer opératoire. Mais si dans certaines opérations il y a une assez grande quantité de tissus lésés, dans d'autres ces tissus sont réduits à de bien petites masses ; ils sont atteints de nécrose aseptique et se résorbent très lentement. Supposer une résorption rapide des matières albuminoïdes au milieu des tissus, ce serait admettre une sorte de digestion intra-parenchymateuse. Mais comme le dit M. Championnière, la fièvre traumatique peut amener une augmentation de l'excrétion de l'urée.

Les causes de l'hypoazoturie et celles de l'hyperazoturie, dans les conditions indiquées par M. Championnière, restent donc enveloppées d'une certaine obscurité.

Quant à la *purgation des opérés*, je partage la manière de voir de notre collègue, mais pour des raisons différentes, car la quantité d'urée qui s'élimine par les fèces est peu considérable. Mais la purgation débarrasse le tube digestif, en modifie les fermentations ; je l'emploie avant et après l'opération ; d'autant que le tube digestif est l'émonctoire principal des résorptions qui se font au niveau d'un foyer traumatique.

A propos du *régime alimentaire*, je suis aussi en partie de l'avis de notre collègue.

Le jour de l'opération, le malade est plus ou moins sous l'influence du chloroforme, du shock opératoire; on ne peut songer à une alimentation solide, bifteck ou côtelette, mais à une boisson légère, un peu de vin coupé ; le lendemain, des boissons encore, quelquefois du lait coupé d'eau de Vichy, selon les cas ; l'alimentation ne commence guère que le troisième jour, elle va progressivement.

En recommandant la diète et les purgatifs, M. Championnière

dit qu'il revient ainsi à la pratique des anciens; mais chez eux aussi il y avait discussion, car l'alimentation avait ses partisans. Les partisans de la diète la maintenaient pendant tout le temps de la réparation de la plaie, comme dans les fièvres.

Ils attachaient la plus grande importance au régime, et quelques-uns ont traité cette question avec beaucoup de soin; ceci est toujours de l'actualité; aussi je vous demande la permission de vous exposer ce que pensait du régime des blessés Mondeville, qui est l'auteur du premier *Traité de chirurgie* d'origine française. Il s'agit là d'ailleurs d'un travail resté inédit jusqu'en ces derniers temps, et dont j'ai entrepris la traduction que j'espère offrir bientôt à la Société de chirurgie.

Du temps de Mondeville, c'est-à-dire il y a six cents ans, les chirurgiens formaient deux sectes principales : les uns, les Salernitains, partisans de la diète et des purgations, ne donnaient que des herbes, des fruits, de l'eau d'orge, jamais de vin ni d'aliments, mais cela non seulement pendant les premiers jours, mais pendant la durée de la plaie; et c'est ainsi que la doctrine de la diète a été entendue dans le traitement des plaies; M. Championnière l'a limitée aux premiers jours.

Dans l'autre secte, à laquelle appartient Mondeville, on combat la doctrine précédente, et je vais vous résumer ce que recommandait ce chirurgien.

Mondeville pose en principe que le régime et la diète sont le fondement de tout le traitement des plaies; le régime prescrit les règles de tout ce qui concerne l'hygiène du blessé; la diète est ce qui concerne son alimentation.

Chez les blessés ou les opérés, une fois le pansement fait, nous mettons toute notre espérance dans la nature, c'est-à-dire dans la constitution et la force vitale du blessé; le chirurgien doit seulement diriger la nature en ordonnant le régime et la diète *qui conviennent à chaque cas particulier*. Tous les efforts doivent tendre à soutenir l'organisme et la force vitale, et le meilleur moyen d'obtenir ce résultat est de donner du vin pour toute boisson, à moins cependant de complications inflammatoires ou de fièvre de suppuration.

Mondeville, en effet, distingue la *fièvre éphémère*, qui répond à notre fièvre traumatique et ne dépasse pas le quatrième jour, de la *fièvre de suppuration*; dans celle-ci, il supprime le vin et la viande. Mais, pour le début, il recommande vivement le vin, comme étant le plus apte à assurer la réunion de la plaie. « Bien des chirurgiens ignorent cela, dit-il, et prescrivent aux blessés l'abstinence et un régime sévère, comme s'ils souffraient d'une fièvre continue. Ils ne peuvent commettre une plus grande erreur, puisqu'ils ap-

pauvrissent la matière du sang, qui doit dans toutes les plaies réparer ce qui a été perdu, remplir les cavités, réunir ce qui a été séparé. »

Mondeville ne se contente pas d'une formule générale, il précise son traitement, la qualité et la quantité des aliments, l'heure des repas, etc. Les aliments seront légers, très digestibles; des œufs à la coque, des poulets, perdrix, etc.; le vin sera le meilleur possible, pas trop fort. On mangera beaucoup moins qu'en l'état de santé, juste ce qu'il faut pour soutenir la force vitale, et on ne satisfera jamais son appétit; puis on augmentera peu à peu la quantité d'aliments jusqu'à ce que l'on atteigne celle que l'on consommait en santé. Pour la quantité du vin, il faut prendre garde, parce que c'est surtout sur ce point que pèchent les blessés, en sorte que moins il y en aura, mieux cela vaudra. Cependant Mondeville paraît encore assez généreux, car il dit: on peut cependant en donner une chopine parisienne au repas du matin, c'est-à-dire environ trois verres moyennement remplis; le soir, on donnera une demi-chopine. Il fait encore d'autres recommandations pour guider le praticien; il termine en insistant sur le soin qu'il faut avoir de tenir compte des habitudes du malade et sur les modifications que ces habitudes imposent aux règles générales.

En outre du régime, un chapitre est consacré aux potions vulnéraires alors employées par presque tous les chirurgiens, mais que Mondeville considère comme inutiles, et aux saignées et purgations. Les indications et contre-indications de ces remèdes sont passées en revue.

Vous voyez donc que, comme le disait M. Tillaux, nous tournons toujours dans le même cercle; aujourd'hui, comme il y a six cents ans, on discute sur la diète et l'alimentation, et je viens de vous montrer que les anciens étudiaient la question avec autant de soin que nous. Les règles données par Mondeville au sujet de l'alimentation sont très sages; on peut les suivre en les faisant précéder de deux ou trois jours de diète.

En résumé, je crois que la plupart des chirurgiens sont aujourd'hui partisans de l'alimentation des blessés, sauf pendant les deux ou trois premiers jours, selon les cas. Dans ces conditions, je suis d'accord avec M. L.-Championnière. Je suis également partisan des purgations, même répétées, afin de débarrasser l'intestin, non seulement des fermentations anormales, mais des produits résorbés au niveau du foyer traumatique et qui viennent s'y accumuler. Quant aux recherches sur l'urée, c'est un point qui reste à compléter.

M. Verneuil. Au temps de mon internat, chez Lisfranc, les opérés

mouraient presque de faim; puis je vis Manec, à la Salpêtrière, qui déjà nourrissait ses opérés; Philippe Boyer en faisait autant à l'Hôtel-Dieu, et j'imitai leur exemple. Toutefois, l'introduction du chloroforme en chirurgie me semble avoir modifié les indications à cet égard. Sans doute, pour les blessés qui n'ont point été endormis, les bienfaits de l'alimentation persistent; mais après la chloroformisation, il y a le plus souvent de l'embarras gastrique. Aussi est-il préférable de ne rien leur donner pendant les premières vingt-quatre heures. Aujourd'hui, d'ailleurs, nous faisons beaucoup plus soigneusement l'hémostase; les malades perdent beaucoup moins de sang au cours des opérations, dès lors, ils ont moins besoin d'être soutenus.

M. Lucas-Championnière. M. Nicaise a rappelé l'abaissement du taux de l'urée chez les cancéreux cachectiques; mais, chez certains d'entre eux, le taux de l'urée reste très élevé, de sorte que cette seule considération du taux de l'urée ne permet pas d'établir un diagnostic. Les anciens chirurgiens, J.-L. Petit en particulier, ont beaucoup insisté sur la nécessité de soumettre les blessés à la diète, surtout à la suite des plaies de tête; je propose aujourd'hui de revenir à la doctrine ancienne. Pendant la première semaine, je maintiens mes opérés à la diète, et je vois, au bout de ce temps, le taux de l'urée excrété revenir à la normale. L'état saburral, très fréquent chez les opérés, doit être traité par les purgatifs. Mais ce que je me propose par cette manière de faire, ce n'est pas de faciliter l'excrétion de l'urée au moyen des purgatifs, mais bien de ne pas encombrer le rein par une alimentation précoce.

Rapport.

Quelques observations de tétanos, par le Dr Beugnies-Corbeau (de Givet).

Rapport par M. Verneuil

Dans le cours du mois de janvier dernier, M. le Dr Beugnies me fit l'honneur de m'écrire pour me demander si mes recherches sur le tétanos m'autorisaient à croire que certaines industries, telles que la mégisserie, la colleterie (fabrication de la colle), exposaient particulièrement les ouvriers qui les exercent à contracter la maladie en question.

Je lui répondis affirmativement, et comme je soupçonnais que quelques faits confirmant cette opinion étaient venus à sa connais-

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 47.10.93. *Le gérant :* G. Masson

sance, je le priai de vouloir bien me les communiquer pour grossir le nombre encore fort restreint des cas probants.

Quelques jours plus tard, je recevais une nouvelle lettre ainsi conçue :

« Monsieur et cher Maître, vous avez deviné juste; ma question était intéressée, mais craignant de n'avoir à vous entretenir que de faits déjà vulgaires, je m'étais abstenu d'entrer dans les détails. Cependant, si la démonstration exige de nouveaux documents, je m'empresse de vous faire connaître les observations que j'ai recueillies... »

Voici d'abord quelques renseignements sur la topographie de Givet : cette ville est séparée en deux, le grand et le petit Givet, par la Meuse. Dans le petit Givet coule une étroite rivière nommée la Houille, où les tanneries et colleteries s'approvisionnent d'eau et versent leurs détritus, sur une longueur d'un kilomètre environ.

Dans tous ces établissements, au nombre de dix, les transports sont effectués par des chevaux.

Depuis vingt ans aucun cas de tétanos ne s'est produit au grand Givet; huit au contraire se sont déclarés dans la petite ville au cours de ces dernières années, et les six cas que M. Beugnies a personnellement observés depuis qu'il exerce dans la localité ont éclaté exclusivement sur les bords de la susdite rivière.

Viennent ensuite les observations résumées :

Obs. I (en 1888). — Homme, 22 ans, avant-bras lacéré dans un moulin à écorces, annexe d'une colleterie. Peau enlevée du coude à la main; muscles déchirés, formant une bouillie avec le sang, la poudre d'écorces et le cambouis d'engrenage. La plaie nettoyée avec soin et régularisée avec des ciseaux, est recouverte d'un pansement antiseptique.

Au bout de quelques jours, état local satisfaisant, bel aspect de la plaie, réaction nulle. Le blessé se lève et se promène.

Au septième jour, douleurs rachidiennes et cervicales. Le lendemain. trismus; fièvre légère. Le neuvième jour, convulsions généralisées, Mort le onzième jour. La plaie ne renfermait aucun débris, aucun corps étranger.

Obs. II. — Quelques mois plus tard, homme de 62 ans (demeurant à 50 mètres du précédent), travaillant dans une tannerie où il avait presque toujours les pieds nus dans le tannin humide, sorte de boue remplie de matières animales. On remarquait au bas de ses jambes d'assez nombreuses gerçures, et entre les orteils des œils-de-perdrix légèrement excoriés.

Malade depuis la veille, il avait dû garder la chambre. M. Beugnies le trouva le matin du deuxième jour en opisthotonos très prononcé. Le moindre contact, la moindre excitation provoquaient des crises

convulsives violentes ; trismus, rire sardonique. Mort en quarante-huit heures.

Il est probable que le virus s'était introduit par les écorchures de la peau des jambes et des pieds.

Obs. III (en 1892). — Fille de ferme, habitant sur les bords de la Houille ; s'écorche la jambe et ne se soigne pas. La petite plaie s'étend, et prend au quinzième jour une teinte brunâtre.

Débridement des parties sphacélées. Le lendemain, trismus et raideur de tout le corps, avec douleurs vagues généralisées. Opisthotonos, convulsions. Mort quarante-huit heures après le début des premières crises.

Obs. IV. (décembre 1892). — Entrepreneur, 59 ans, demeurant à 40 ou 50 mètres des deux premiers blessés. Écrasement de la phalangette de l'annulaire par le châssis d'un calorifère servant à la dessication des colles, et provenant d'une colleterie voisine ; la plaie ayant été réunie par quelques sutures et le doigt pansé antiseptiquement offrant assez bon aspect, on ajourne l'amputation immédiate qui avait été tout d'abord proposée. Le surlendemain, la phalangette était sphacélée ; on ampute. Cinq jours plus tard, le tétanos commence par le trismus, se continue par la raideur de la nuque, l'opisthotonos, les convulsions, et se termine par la mort.

Il n'est pas sans intérêt d'ajouter la déclaration d'un vétérinaire qui exerce dans cette contrée depuis cinquante ans.

Le tétanos équin y est fort commun, mais il n'a pas souvenir qu'une bête malade ait transmis son mal aux palefreniers ou aux hommes de peine ; il avoue toutefois que son attention n'ayant jamais été attirée sur ce point, le fait pourrait avoir passé inaperçu.

Obs. V (juin 1888). — Une femme multipare atteinte de métrite chronique, fut prise un jour de symptômes nerveux graves ; on constata le trismus, l'opisthotonos, le rire sardonique, le pouls accéléré, la peau chaude ; impossible d'obtenir une parole ni un renseignement.

Le soir même, attaques convulsives bientôt suivies de mort. Le tétanos était évident, mais l'examen minutieux du corps n'en montrait pas l'origine traumatique.

Après la mort la lumière se fit ; cette femme avait été mêlée jadis à une affaire d'avortement qui s'était dénouée devant la cour d'assises ; elle donnait volontiers des conseils aux filles dans l'embarras ; elle connaissait un certain nombre de manœuvres abortives, laissant entendre qu'elle en savait la valeur par expérience sur elle-même. Or, on apprit que tout récemment, étant devenue enceinte à l'insu de son mari, elle avait renouvelé les manœuvres qui lui avaient déjà réussi à se délivrer, mais qui cette fois avait été suivies du tétanos à forme rapide.

Le point important à retenir est que cette femme habitait le quartier des tanneurs à 100 mètres de la Houille.

Obs. VI (en 1883). — Une petite fille de 4 ans, habitant près de l'abattoir qui est sur la même rive que les tanneries, se brûle légèrement à la jambe; elle est prise de tétanos et y succombe rapidement.

De ces faits fort probants malgré leur concision, je conclus que M. Beugnies a fait preuve d'une louable perspicacité en découvrant :

1° Qu'un quartier limité de sa ville est seul infecté par les germes tétaniques.

2° Que cette infection reconnaît pour cause la présence de certaines usines où l'on manipule les déchets animaux, les peaux en particulier; lesquels tétanifères par eux-mêmes ont pu aussi rendre tels : l'outillage desdites usines, l'eau qui les alimente et en sort, la terre imbibée de cette eau, les habitations souillées par cette terre, et cela de façon à créer des districts empoisonnés plus ou moins étendus, siège d'endémies tétaniques comme celles qu'on observe dans certaines fermes, certaines écuries, certaines stalles de ces écuries, etc. [1].

3° En montrant enfin le lien commun de faits épars et disparates à première vue, ce qui n'éclaire pas seulement un point encore obscur de l'étiologie du tétanos, mais fournit de plus un document que la prophylaxie devra mettre à profit.

Au reste, et ce qui ne m'empêche pas de remercier notre jeune confrère de son intéressante communication, tous ces faits étaient déjà à peu près démontrés. J'avais en effet signalé le danger de tremper ses pieds blessés dans les eaux stagnantes des mares et des abreuvoirs [2]. J'avais cité parmi les victimes du tétanos plusieurs artisans maniant le cuir : deux bourreliers d'abord [3], un savetier, un cordonnier, un relieur [4], puis deux tanneurs [5].

Etant démontrée la virulence énergique et tenace des peaux de moutons et de bœufs imprégnées de virus charbonneux, je m'étais demandé depuis longtemps pourquoi les dépouilles équines se-

[1] Voici une note inédite relative à ces endémies de stalle, je la dois à l'obligeance du Dr Pichevin.

« M. D..., trésorier général à la Martinique, donne asile dans son écurie à un cheval qui y meurt de tétanos. Environ deux mois apres, un cheval occupant la même stalle est atteint d'entorse du bas de la jambe avec une petite plaie au niveau de l'articulation; on fait des frictions sur le membre, le tétanos se déclare mais guérit par le chloral et l'obscurité.

« Deux ans plus tard, un dernier cheval logeant dans la même stalle se blesse au cou, prend le tétanos et en meurt. »

[2] *Acad. de méd.*, 12 mars 1889; *Bull.*, p. 346. — L'observation curieuse de M. Lop (de Marseille) confirme encore cette donnée.

[3] *Revue de chirurgie*, 1888, obs. XIX et XX.

[4] *Mém. de chirurgie*, t. V, p. 217, 272 et 352.

[5] *Revue de chirurgie*, 1888, obs. CXLII et CXLIII.

raient moins nocives, alors surtout qu'on ne prend aucune précaution à l'égard de la peau, du crin et des poils de chevaux morts de tétanos, lorsque la belle observation de MM. Verhoogen et Baert confirma mes prévisions [1].

Au reste la clinique m'avait déjà fourni des preuves. J'avais cité le cas de ce dragon mourant de tétanos pour s'être pansé une plaie de la jambe avec le mélange de poils et de poussière pris dans son étrille [2]. J'ai fourni dans la dernière discussion de l'Académie une nouvelle preuve de la virulence de ce mélange pris sur un poulain bien portant qui a rendu néanmoins tétanique l'homme qui le pansait.

Même virulence du crin démontrée : 1° par le cas de ce batteur de crins qui contracta à la fois la pustule maligne et le tétanos, guérit de la première et mourut du second [3]; 2° par l'observation de M. Guinard, récemment publiée et citée également dans la dernière discussion à l'Académie.

Je savais aussi à quoi m'en tenir au sujet du cuir macéré d'après l'histoire de ce jeune pelissier italien, travaillant sans chaussures, se blessant la plante du pied et enduisant sa plaie avec l'eau sale provenant du lavage des peaux de cheval et la terre provenant du sol de l'atelier [4].

Je sais que quelques contradicteurs persistent à ne tenir aucun compte de tous ces faits patiemment accumulés, mais qu'y puis-je faire, sinon d'opposer simplement à ces négations opiniâtres et difficilement explicables, à ces fins de non-recevoir sans cesse renouvelées, une émission également continue de faits probants et l'opinion de plus en plus favorable de médecins qui, lisant sans parti pris, mais lisant surtout mes travaux, se rattachent aux conclusions que j'en tire.

Bien que l'observation clinique à elle seule ait suffi à établir ce que M. Beugnies voulait démontrer, j'ai cru bon de faire intervenir un autre ordre d'informations qu'il faudrait multiplier pour éclairer plusieurs points encore obscurs de l'histoire du tétanos. Je veux parler des recherches bactériologiques. En conséquence, j'ai demandé à notre confrère de m'envoyer divers échantillons de terre pris dans les usines, sur les bords infectés de la Houille et dans les points où le tétanos s'était déclaré. Or, j'ai reçu cinq de ces échantillons.

1° Boue de l'usine à colleterie recueillie à l'endroit où fut blessé en décembre 1892, le sujet de l'observation IV.

[1] *Nature et étiologie du tétanos*. Bruxelles, 1890, p. 73.
[2] *Revue de chirurgie*, 1888, obs. XIII.
[3] Le Roy des Barres, *Le charbon observé à Saint-Denis*, 1890, p. 28.
[4] Le cheval tétanogène (*Gaz. hebd.*, décembre 1890).

Résultat positif, elle était tétanogène.

2° Boue prise derrière la maison habitée par ce même blessé et où naturellement il avait été soigné.

Résultat négatif, elle ne renfermait que le vibrion septique sans bacilles de Nicolaïer.

3° Boue prise dans la maison où la femme de l'observation V avait succombé en 1888 à la suite d'avortement.

Résultat positif [1].

4° Boue prise près de l'abattoir là où la fillette de 4 ans avait été brûlée et était morte de tétanos en 1883 (obs. VI).

Résultat négatif, rien que des vibrions septiques.

5° Enfin vase prise sur les rives de la petite rivière à 400 mètres en amont des usines.

Résultat négatif, ni bacilles, ni vibrion septique.

Cette note m'a été remise par MM. Sanchez-Tolédo et Beretta qui ont mis en œuvre tous les procédés; recherche directe des bacilles, culture, inoculations aux cobayes et aux lapins.

Ces résultats sont assez intéressants pour légitimer quelques courts commentaires.

La boue n° 1 tétanogène en décembre 1892 l'était encore en juin 1893, rien de plus naturel et de plus facile à prévoir.

La boue n° 2 prise derrière la maison où le blessé n'avait pas été après son accident, n'avait pas de raison d'être infectée et ne l'était pas en effet; ce qui prouve en passant que la terre n'est pas aussi banalement infectée qu'on le pourrait croire et qu'en cas d'infection, on arrive souvent à savoir d'où elle vient.

La boue n° 3 était virulente plus de quatre ans après la mort de la femme avortée. Nous ne saurions dire exactement si cette maison était infectée avant la mort de cette femme ou si elle l'a été par elle, en tout cas, l'infection du plancher datait de plus de quatre ans, ce qui n'a rien d'extraordinaire, étant connue la très longue vitalité des germes tétaniques.

La boue n° 4, bien que fort suspecte puisqu'elle avait été prise au voisinage de l'abattoir et tout près d'une maison où la fillette brûlée avait succombé au tétanos, n'était pas ou n'était plus virulente, si jadis elle l'avait été; au reste, le cas de tétanos remontant à 1883, elle aurait eu d'ailleurs le temps d'être purifiée [2].

[1] Cette boue avait donné d'abord des résultats douteux chez le cobaye; au contraire, inoculée au lapin, elle s'est montrée très virulente avec pullulation intense du bacille dans la plaie. Ce dernier animal est donc plus sensible que le cobaye à l'action du virus.

[2] Je remarquerai à ce propos que, s'il est aisé de dire quand une terre est tétanifère, il est au contraire parfois très difficile de savoir depuis combien de temps elle l'est, combien de temps elle le restera, si même elle a chance

Mais j'appelle spécialement l'attention sur l'échantillon n° 5 ; à ma requête expresse, il avait été pris à une bonne distance en amont des usines (400 mètres), c'est-à-dire dans un point où la rivière ne recevant point leurs déjections, n'avait pas de raison pour être infectée. Or, suivant mes prévisions, la vase de sa rive ne l'était pas davantage, ni par le bacille de Nicolaïer, ni même par le vibrion septique, fait confirmatif de ce que j'ai avancé lorsque j'ai étudié (*Gaz. hebd.* octobre 1890) la manière dont la terre devient tétanogène.

En somme, la filiation est dans tout ceci des plus claires : les débris animaux divers manipulés dans les usines ont empoisonné l'eau employée dans ces manipulations, laquelle eau versée dans la rivière a empoisonné celle-ci, puis la terre de ses rives, laquelle terre à son tour, portée à distance, a créé une large tache telluro-tétanique.

J'attendrai patiemment qu'on réfute une argumentation qui établit fort nettement, je pense, que l'endémie tétanique qui sévit sur l'homme au petit Givet, a pour origine première les dépouilles animales et fort accessoirement la terre.

Comme contre-épreuve, j'avais demandé de la vase recueillie également sur les bords de la Houille, mais en aval des usines et à diverses distances, soit 300, 600 et 1,000 mètres pour savoir jusqu'à quelle distance l'eau tétanifère aurait pu étendre la zone infectée, mais on n'a pu me satisfaire, la Houille se jettant dans la Meuse tout près de la dernière usine, l'empoisonnement de quelques mètres de rive n'eût rien démontré.

M. Beugnies ajoute à sa communication principale deux annexes intéressantes.

1° Un fait très concluant à porter au dossier de l'homme non tétanique, mais tétanifère et tétanogène, observé non par M. Beugnies, mais par un ami de la victime.

Obs. VII. (en 1883). — M. X..., pharmacien à Z... (on pourrait mettre les noms mais sans nécessité) se blesse profondément au poignet en maniant une bouteille qui se brise dans sa main. Les vaisseaux ouverts fournissent une abondante hémorragie. Le médecin du pays étant absent, un coiffeur voisin du blessé applique sur la plaie une bande compressive qui modère l'écoulement sanguin.

de cesser de l'être et comment s'effectuera le retour à l'état sain; même réflexion s'applique aux animaux et à l'homme lui-même.

Tout porte à croire que la toxicité peut être passagère ou intermittente, qu'on peut espérer même la détruire définitivement au moins en quelques cas, ce qui offre un grand intérêt pour la prophylaxie. Cette importante question pourra être résolue souvent par l'expérimentation, mais rares sont encore les recherches faites dans cette direction.

Le vétérinaire survenu sur ces entrefaites offre de faire un pansement plus méthodique. La proposition acceptée, il va à la recherche des vaisseaux, les lie et panse la plaie.

Tout se passe très bien pendant quelques jours, lorsque le blessé remarquant une gêne dans les mouvements de la mâchoire se croit atteint de paralysie et appelle le médecin; le tétanos aussitôt diagnostiqué, suit sa marche en dépit du traitement et le patient succombe quatre ou cinq jours après le début.

2° M. Beugnies pensait que les statistiques militaires indiqueraient la proportion de tétanos dans la cavalerie et l'infanterie ; il fit le relevé, portant sur quinze années, de tous les cas inscrits dans les statistiques de l'armée française et en conclut :

1° Que, à nombre égal d'hommes dans les deux catégories de soldats le tétanos tue deux cavaliers pour un fantassin.

2° Que cette fréquence absolue plus grande coïncide avec une fréquence également plus grande de blessures, mais ne lui est proportionnelle que dans le rapport de 50 0/0.

3° Que, à nombre égal de blessures graves, la proportion absolue de tétaniques est moitié moindre dans la cavalerie que dans l'infanterie.

Je suis forcé d'avouer que si la première conclusion est fort claire, les deux autres l'étant beaucoup moins exigeraient une explication.

Sur le premier point, du reste, je suis d'accord avec M. Beugnies; en effet, ayant eu en 1886 la même idée que lui, j'avais prié un chirurgien militaire laborieux et instruit, M. le Dr Régnier, de consulter la statistique de l'armée de terre pendant une période de neuf ans, de 1873 à 1881 ; or, suivant mes prévisions, les chiffres avaient répondu :

La mortalité par tétanos a atteint par an et par effectif de 100,000 hommes :

Dans l'infanterie	0,85
Dans l'artillerie	1,05
Dans la cavalerie	2,15

Les résultats bruts sont quasi-identiques, comme on le voit, avec cette remarque, non sans intérêt je crois, que les artilleurs moins uniformément montés que la cavalerie se rapprochent plutôt des fantassins [1].

J'étais arrivé aux mêmes conclusions par une autre voie ; on sait que j'ai réuni un grand nombre d'observations inédites que

[1] *Gaz. hebd. de med. et de chir.*, 10 septembre 1886; *Mém. de chirurgie*, t. V, p. 372.

m'ont obligeamment fournies les praticiens de province sans intention préconçue de confirmer ou d'infirmer mes opinions; or, je compte environ une douzaine de cavaliers, officiers et soldats, dragons, gendarmes, artilleurs, soldats du train et un seul fantassin, lequel, chargé d'ailleurs de soigner un cheval d'officier, avait contracté le tétanos pour avoir, étant antérieurement blessé au dos de la main, couché pendant une nuit et par un froid de 13° au-dessous de zéro sur de la paille couvrant le pavé de l'écurie [1].

Nos confrères de l'armée pourraient aisément nous aider à liquider cette question en publiant toutes les observations de tétanos survenues, en temps de paix bien entendu, chez les soldats de toutes armes; on répartirait les cas en deux colonnes naturellement; puis on noterait au moins sommairement les conditions spéciales où l'infection se serait produite, car il est évident que le soldat cité plus haut, qui soignait un cheval et couchait blessé dans son écurie, est devenu tétanique à la manière d'un cavalier, et non comme fantassin.

Il faudrait également tenir compte des soldats casernés et des soldats bivaquant pendant les grandes manœuvres, couchant dans les écuries sur la paille peut-être tétanifère, voyageant dans les wagons à bestiaux, toutes circonstances devant lesquelles s'effacent les chances protectrices créées par les professions.

J'ai l'honneur, Messieurs, de vous proposer :

1° De déposer très honorablement dans nos Archives la très originale et très intéressante note de M. le Dr Beugnies.

2° D'adresser des remerciements à l'auteur en le priant de nous faire parvenir au besoin de nouveaux renseignements sur la question qu'il a si opportunément soulevée.

Communications.

M. le Secrétaire général donne lecture de la note suivante :

Le salol au point de vue de l'antisepsie urinaire.

Par M. Vlaccos (de Méteiin), membre correspondant.

D'après mon expérience personnelle, le pouvoir antiseptique du salol sur l'appareil urinaire est incontestable. L'antiseptisation des urines est déjà assez accusée après six à huit jours d'administration de cette substance.

[1] Geschwind, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, avril 1893, t. XXI, p. 310.

Des expériences poursuivies au sujet du pouvoir antiseptique du salol m'ont depuis longtemps déjà démontré que la fermentation des urines salolées est tardive, c'est-à-dire entravée pour quelque temps qui varie de quarante-huit à soixante heures, à une température constante de 32-35° C. En outre, en opérant des injections expérimentales comparatives avec des urines provenant d'infections pyrétiques diverses et dont les malades furent préalablement soumis pendant dix jours à l'usage du salol (5 gr. par jour), j'ai constaté que les urines avaient perdu de leur septicité au point de ne pas faire naître les divers troubles toxémiques notés par le professeur Bouchard.

Dans trois cas de cystite tuberculeuse, j'ai noté la diminution progressive des bacilles sous le seul traitement salolé.

Des urines salolées contenant des gonoccoques restent stériles aux tentatives de culture.

N'y a-t-il pas là une preuve évidente en faveur du pouvoir antiseptique du salol ?

Imbu de cette idée, j'ai pris l'habitude, depuis bientôt deux ans, de soumettre la plupart de mes malades à opérer, à l'administration prolongée du salol. Je dis la plupart, car l'observation m'a démontré qu'il y avait quelques restrictions à faire, quelques contre-indications à observer dans l'usage du salol, savoir : toutes les fois qu'on soupçonne l'existence d'une altération parenchymateuse ou interstitielle au filtre rénal, le salol est à proscrire, comme en général toutes les préparations salicyliques dont l'action nocive sur le rein malade a depuis longtemps déjà été notée. Dans ces cas, j'ai recours au benzonaphthol également antiseptique urinaire, mais d'une action moindre que le salol.

Note clinique sur les ganglions d'aboutissement des lymphatiques des membres.

Par M. Félizet.

La voie que suivent les germes infectants se dessine, dans le système lymphatique de l'enfant, avec une netteté, dont la précision rivalise avec celle des injections mercurielles des anatomistes.

Les circonstances m'ont permis de l'étudier, depuis quatre ans, dans le grand service de chirurgie infantile dont je suis chargé. Après avoir relevé les faits, au jour le jour et sans parti pris, je crois être arrivé à des conclusions intéressantes.

Je me proposais d'attendre que le nombre de mes observations

eût atteint la centaine. Une communication récente de notre collègue, M. Quénu, à la Société anatomique, sur les lymphatiques de l'anus et du rectum, me détermine à vous présenter aujourd'hui la conclusion de quatre-vingt faits, relevés soigneusement, tant sur le membre supérieur et le thorax, que sur l'anus, les organes génitaux et le membre inférieur.

Au membre inférieur, il existe deux régions d'aboutissement des lymphatiques : l'aîne et le creux poplité.

A l'aîne, l'expérience nous permet de distinguer deux groupes :

1° Le groupe des ganglions obliques, dont l'axe est parallèle à l'arcade de Fallope ;

2° Le groupe des ganglions verticaux.

Le groupe des ganglions obliques comprend :

1° Un système de ganglions *internes* ;

2° Un système de ganglions *moyens ;*

3° Un système de ganglions *externes*.

Sappey, il y a plus de trente ans, avait observé que l'injection des lymphatiques de l'anus contourne la partie interne de la cuisse et se jette dans les ganglions internes du pli de l'aîne (*Traité d'anatomie*, t. IV, p. 818).

Sappey, toutefois, n'a pas insisté sur la division que je vous signale ici.

L'observation clinique nous a appris que le système des ganglions internes correspond constamment dans son engorgement inflammatoire ou bacillaire, à des lésions anales ou juxta-anales ou avec, très souvent, une lymphangite du pli périnéo-fémoral.

Le *système des ganglions moyens* répond à des lésions de la verge, du scrotum ou de la vulve (balanite ulcéreuse, ulcération tuberculeuse des bourses, vulvite).

Le *système des ganglions externes* répond à des lésions des deux tiers externes de la fesse, du flanc et des lombes.

Ces faits m'ont paru tellement constants que nous pouvons, d'après la position du ganglion engorgé, aller sans tâtonnement trouver la lésion, point de départ de l'engorgement.

Les ganglions verticaux sont exclusivement consacrés aux lymphatiques des membres inférieurs. En ce qui les concerne, la loi, pour être sans cela moins absolue, n'en est pas moins positive. Il faut désigner deux groupes de ganglions verticaux.

1° Le groupe vertical *supérieur;*

2° Le groupe vertical *inférieur*,

inscrits tous les deux dans l'aire du triangle de Scarpa.

L'engorgement du groupe vertical supérieur répond à des lésions, inflammatoires ou tuberculeuses, des orteils, de la plante du pied, de la face interne de la jambe.

L'engorgement du groupe vertical inférieur répond à des lésions des téguments de la région rotulienne, de la face interne et externe, de la cuisse et du jarret. Chose à ajouter, c'est encore à ce groupe ganglionnaire qu'aboutissent les infections de la peau du jarret, et non aux ganglions poplités.

Ainsi les lésions les plus élevées dans le membre inférieur sont celles qui injectent les ganglions verticaux, situés le plus bas, dans le triangle de Scarpa.

Quant aux adénites poplitées, elles siègent profondément dans le groupe des petites glandes situées en dehors de la veine poplité contre le muscle de ce nom.

Elles répondent à des lésions qui siègent sur le cinquième orteil, sur le bord externe du pied, sur le bord externe du tendon d'Achille, enfin sur la gouttière qui sépare ce tendon de la malléole externe.

Dans l'aisselle, les ganglions sont rassemblés et leur absence d'étalement ne permet pas de retrouver la loi des aboutissants, aussi nettement qu'au membre inférieur.

Toutefois, les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques de la mamelle, occupent la partie antérieure de l'aisselle, juste derrière le muscle grand-pectoral, alimentée par cette canalisation lymphatique afférente sur laquelle M. Kirmisson a appelé l'attention des cliniciens.

Les lymphatiques de la partie externe du thorax suivent l'artère et la veine thoraciques externes et aboutissent à une partie plus élevée de la cavité axillaire. J'ai précisément, ce matin, extirpé, chez un enfant, deux ganglions tuberculeux siégeant sur ce trajet, contre la sixième côte.

Dans la partie la plus haute de l'aisselle, la distinction est impossible, et, derrière la clavicule se confondent les aboutissants du membre supérieur, de la mamelle et du tégument du thorax.

En ce qui concerne le membre supérieur, toute lésion, inflammatoire ou tuberculeuse de la main, de l'avant-bras et du bras est susceptible d'entraîner un engorgement des ganglions axillaires.

Mais toutes ces lésions ne vont pas forcément et d'emblée infecter le groupe des glandes de l'aisselle.

On sait, depuis longtemps, et j'ai vérifié vingt fois, que les lésions, inflammatoires ou tuberculeuses, du petit doigt, de la région hypothénar et du bord interne de l'avant-bras, produisent volontiers l'engorgement du ganglion sus-épitrochléen, quand il existe.

Si elles ne l'engorgent pas toujours, je me crois autorisé à dire que, lorsque cet engorgement existe, on doit en chercher ou en trouver la cause dans les régions que je viens d'énumérer.

Je dois ajouter qu'en dehors de l'infection bacillaire, j'ai, je puis dire, rarement vu l'engorgement de l'aisselle coexister avec le gonflement des ganglions sus-épitrochléens, comme si cette petite glande jouait un rôle d'arrêt dans la propension de l'infection.

Il en est de même pour les lésions de la face externe et dorsale du pouce, et de la partie postérieure de la région thénar. Elles peuvent certainement entraîner d'emblée l'engorgement des ganglions de l'aisselle, mais elles entraînent souvent l'engorgement et l'inflammation de l'organe lymphatique (ganglions de Masgagni ou enroulement vasculaire de Aubry) qui accompagne la veine céphalique dans le sillon pectori-deltoïdien, au niveau duquel l'engorgement se rencontre.

Le plus souvent, un foyer de suppuration en ce point, marque un arrêt et comme une étape de l'infection, puisque les ganglions de l'aisselle ne sont, au-delà de pareils abcès, ni tuméfiés ni douloureux à la pression, dans le plus grand nombre de cas.

Si une lésion du pouce et de la partie externe de la main n'entraîne pas forcément l'engorgement de la glande ou du vaisseau lymphatique, qui siège contre le sillon pectori-deltoïdien, l'engorsement pectori-deltoïdien, par contre, répond à une lésion de la zone que nous venons d'indiquer, et en présence d'une telle complication, c'est à la face externe et dorsale du pouce et à la partie postérieure de la région thénar qu'on devra chercher et qu'on trouvera la lésion initiale de l'adénite aiguë ou de l'engorgement tuberculeux.

Présentation de malade.

M. Hartmann présente une malade à laquelle il a pratiqué la résection de la région iléo-cœcale pour une *tumeur de la fosse iliaque droite.*

(Commission : MM. Lucas-Championnière, Tillaux et Richelot, rapporteur.)

Présentation de pièce.

M. Reynier présente un doigt qu'il a dû amputer pour un *sphacèle produit par une constriction très courte exercée par une bague.*

La séance est levée à 5 heures 5 minutes.

Le Secrétaire annuel,

E. Kirmisson.

Séance du 4 octobre 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques des deux mois précédents ;

2° *De l'hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines*, par M. J. Lafourcade (Thèse de Paris, 1893) ; deux exemplaires pour le prix Duval ;

3° *Talipes equino-varus of Club-foot*, par M. Brodhurst (de Londres), membre correspondant ;

4° M. Stimson (de New-York), adresse une série de photographies représentant la salle d'opérations et diverses autres salles de l'hôpital de New-York ;

5° M. Brault (d'Alger), adresse pour le prix Ricord deux mémoires manuscrits intitulés : *Traitement des adénites inguinales à forme aiguë* et *Phimosis, paraphimosis et circoncision.*

Rapport.

Trois observations de chirurgie, par le Dr Chupin, médecin-major à l'hôpital militaire de Batna.

Rapport par M, Chauvel.

I. *Calcul vésical formé sur un corps étranger. Taille hypogastrique.* — Je n'insisterai pas sur cette observation, les faits de cette nature étant malheureusement très fréquents et très connus.

Une jeune fille de 17 ans entre à l'hôpital pour incontinence. L'exploration vésicale et le toucher vaginal montrent que les acci-

dents sont dus à un volumineux calcul peu mobile. Après dilatation de l'urètre, le doigt s'assure que la concrétion pierreuse, du volume d'un petit œuf, s'est formée autour de l'une des extrémités d'un corps étranger long et dur. Séance tenante, le Dr Chupin pratique la taille hypogastrique et, par une incision de 3 centimètres, il extrait, sans difficulté notable, le manche de porte-plume en or, long de 11 centimètres, dont voici la représentation photographique.

Un mois plus tard, la malade quittait l'hôpital sans que la guérison ait été entravée par le plus léger accident. Notre collègue n'a pas pratiqué la suture des parois vésicales, il s'est contenté du double tube siphon de Périer. Nous ne pouvons que le féliciter de sa conduite et de son succès.

II. *Plaie du poignet intéressant l'artère radiale et les tendons du grand palmaire du long abducteur, et du court extenseur du pouce. Ligature de l'artère. Suture des tendons.* — Dans ce cas encore, nous sommes heureux que la récupération complète des fonctions du pouce ait été le résultat des bons soins donnés à son blessé par M. le Dr Chupin ; mais nous nous permettrons d'ajouter que, sur un point de la conduite suivie, il nous paraît juste de faire quelques réserves.

Il s'agit d'un enfant de 9 ans, blessé au poignet droit par une vitre brisée, en passant dans un grenier à fourrages. Notre collègue insiste beaucoup sur ces deux points : que le petit garçon dût se frayer un chemin au milieu du foin avec sa main blessée et que celle-ci fut tout d'abord enveloppée avec le mouchoir de coton dont se servait un ouvrier déchargeant de la paille, conditions favorables à la souillure de la plaie. Et il y insiste pour échapper aux reproches de n'avoir pas observé dans son pansement les règles de l'antiseptie. Cela parce que du pus se forma dans la plaie au cours de la cicatrisation. Nous pouvons, je crois, l'absoudre et lui affirmer que des chirurgiens plus exercés ont eu de ces mécomptes.

Après avoir nettoyé la plaie, recousu et lié les deux bouts de l'artère radiale avec un fil de soie, M. Chupin ajoute : « Les bouts inférieurs des tendons du long abducteur et du court fléchisseur du pouce se voyaient dans la plaie. Les bouts supérieurs rétractés furent trouvés plus difficilement, cachés par leur gaine fibreuse ; ils ne furent point dissociés, mais saisis en masse avec une pince à forcipressure et liés, toujours en masse, avec les bouts inférieurs au moyen de deux fils de catgut aseptique.

Restait un autre tendon à la partie la plus interne de la plaie, tendon du grand palmaire dont on voyait parfaitement le bout inférieur. Il nous fut impossible de trouver le bout supérieur. A tout hasard, nous serrâmes ce bout inférieur au corps charnu du muscle le plus voisin.

C'est sur cette partie de l'observation de M. Chupin que je voulais appeler un instant l'attention. Je sais qu'il s'agissait d'un enfant tout jeune et fatigué par la perte du sang et un pansement déjà long. J'admets qu'il eût été nécessaire de prolonger un peu plus les recherches pour mettre à jour les bouts supérieurs des tendons, mais il me semble qu'il y avait à en agir ainsi un intérêt suffisant. A voir certaines observations, à entendre certains chirurgiens, on dirait que pour obtenir le rétablissement des fonctions, il est absolument indifférent de rattacher un tendon à un muscle plutôt qu'à son voisin. Est-il bien démontré qu'en fusionnant des cordes fibreuses naturellement séparées, on ne change rien à leur puissance, à leur action? Je suis persuadé que, si l'on ne se contentait pas d'un examen sommaire, si l'on y regardait d'un peu près, on aurait moins lieu d'être satisfait. Et dans des cas comme celui de notre collègue, je crois du devoir d'un chirurgien de ne pas se contenter d'une ligature en masse, mais de réunir séparément les bouts de chaque tendon divisé.

III. *Appendicite. Cinquième rechute. Double laparotomie latérale. Guérison.* — Cette observation nous a paru fort intéressante et digne d'être publiée dans ses parties principales.

N..., 24 ans, bonne constitution, a joui d'une excellente santé jusqu'au 20 mai 1892. A cette date, il est pris subitement de violentes coliques siégeant surtout dans le flanc droit, terminées par de la diarrhée. Empâtement douloureux dans la fosse iliaque droite. Traitement médical. Le malade sort le 2 août de l'hôpital de Batna et part en convalescence. Repris chez lui des mêmes accidents, précédés cette fois de constipation, il s'alite du 16 septembre au 9 octobre. Il revient à son poste, à Batna, conservant de l'empâtement du ventre, et entre à l'hôpital le 16 décembre. Formation d'un abcès qui s'ouvre à l'extérieur.

Sorti le 11 février 1893, N... s'alite de nouveau le 14 mars; abcès iliaque dont le pus s'écoule spontanément par trois ouvertures. Nouvelle hospitalisation le 26 avril pour les mêmes accidents.

Le Dr Chupin le vit en mai dernier. N..., très amaigri, a de la fièvre presque tous les soirs; la fosse iliaque droite est le siège d'une induration douloureuse et offre les traces de trois fistules qui ont donné issue à du pus. La palpation de la fosse iliaque gauche est également très douloureuse, bien qu'il n'y ait pas d'induration sensible. Du pus aurait été évacué avec les selles dans les premiers jours de mai, et vers la même époque les fistules cutanées se sont rouvertes.

Le 5 juin, notre confrère pratique l'incision classique dans la fosse iliaque droite, traverse la paroi dont les couches confondues ne peuvent être distinguées, ouvre le péritoine sans le voir et tombe sur l'intestin. Des adhérences multiples et serrées, conséquences des inflammations antérieures, ont attiré les anses intestinales vers le plan médian et

dégagé la fosse iliaque. Mais le doigt, rencontrant les intestins, rompant ses adhérences, ne rencontre aucune collection de pus. Écoulement sanguin abondant.

Une nouvelle incision de 2 centimètres et demi faite sur le milieu de la lèvre interne de la première, vers la ligne blanche, permet de dégager puissamment une nouvelle anse d'intestin, mais sans ouvrir d'abcès. Ne trouvant pas de pus, et désespérant de rencontrer, de reconnaître l'appendice dans ce magma de circonvolutions intestinales confondues, craignant, et avec raison, de dépasser la zône des adhérences et d'ouvrir la grande cavité péritonéale, le Dr Chupin, un peu déconcerté, dit-il, se décide à borner là son investigation.

Sutures partielles de la plaie, drainage à la gaze iodoformée. Le pansement est renouvelé le 8 juin; il est souillé de sérosité purulente; cependant, des pressions méthodiques exercées sur toutes les parties douteuses de l'abdomen, ne font rien sourdre dans les anfractuosités de la plaie. Mais le soir, au moment où on lui donne un lavement, l'opéré se sent envahi par un véritable flot qui inonde le lit et le pansement d'un liquide purulent et d'odeur infecte. Craignant une perforation de l'intestin, notre collègue fait donner en sa présence un lavement coloré, rien ne vient sourdre dans la plaie. Cependant le 12 juin, la température remonte le soir à 39°,2, il y a du pus dans les selles. Maintenant c'est la fosse iliaque *gauche* qui, devenue très douloureuse au palper, présente, surtout dans son tiers supérieur, une submatité notable.

Le 14 juin, incision de 7 centimètres, à légère concavité interne, dont le milieu est à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. Sitôt le péritoine entamé, du pus apparaît, et l'ouverture de la séreuse élargie donne issue à un véritable flot de liquide. Le doigt entre dans une large cavité occupant toute la partie supérieure du flanc gauche et se dirigeant surtout en dehors vers la rate et en haut vers le diaphragme. De fortes adhérences maintiennent la masse intestinale refoulée vers la ligne médiane.

Pour assurer la sortie facile du pus, une large contre-ouverture est immédiatement pratiquée dans la région lombaire. Drainage, pansement à la gaze iodoformée. Chute de la température.

Le 25 juin, ascension brusque du thermomètre jusqu'à 39°,6. Le pansement est plus souillé de pus, mais surtout *à droite*. En pressant les bords de la plaie de ce côté, on voit sourdre du pus venant de la fosse iliaque interne. Introduisant dans l'orifice une pince hémostatique dont on ouvre ensuite fortement les branches, on donne issue à une collection. Cette cavité est bourrée de gaze iodoformée.

Le 4 juillet le malade se lève. Il mange avec appétit, a recouvré le sommeil et prend chaque jour de l'embonpoint. Le 6, les plaies sont fermées; le 14, il part en convalescence de trois mois.

Le fait de M. Chupin vient confirmer les conclusions des récentes discussions que l'appendicite a soulevées à plusieurs re-

prises à la Société de Chirurgie. Il montre, une fois de plus, que si le traitement médical est parfois suffisant pour mener à guérison l'inflammation du diverticule du cœcum, il est des cas où l'intervention chirurgicale devient nécessaire.

Dès sa troisième atteinte, le malade de M. Chupin avait si bien fait du pus dans sa fosse iliaque droite que le liquide s'était spontanément ouvert une issue au dehors. Nul doute que si la collection purulente, à ce moment, avait été largement ouverte, drainée, les accidents ultérieurs eussent été évités. Et ces accidents se sont suivis avec une telle rapidité que si notre confrère n avait pris la direction du traitement, il est probable que N..., épuisé par la suppuration, aurait fini par succomber à la fièvre hectique.

La conduite du Dr Chupin a été des plus rationnelles. Si l'on pouvait lui faire un reproche, ce serait, lors de sa première intervention, d'avoir poussé trop loin ses recherches. Sans doute, il est pénible pour un opérateur de ne pas trouver le foyer purulent qu'il avait pour but de largement ouvrir, de ne pas rencontrer l'appendice qu'il se proposait d'enlever comme étant la cause première des inflammations. Mais, comme l'ont avec raison dit et répété nombre des membres de notre Société, la destruction des adhérences intestinales expose à des accidents tellement graves qu'en principe elle ne doit pas être pratiquée.

M. Chupin ne nous dit pas ce qu'il est advenu de la paroi abdominale de son opéré. Il m'a été donné de constater deux fois d'énormes éventrations consécutives à des laparotomies pratiquées pour appendicite, chez des sujets jeunes et vigoureux. En attaquant la paroi abdominale dans deux directions perpendiculaires, notre collègue s'exposait à avoir une réunion difficile des plans musculaires. Il s'y exposait d'autant plus que l'état lardacé des tissus, leur déchirure facile, ne fournissait à ses sutures qu'un point d'appui d'une solidité douteuse. J'espère, quand il aura revu son malade, qu'il voudra bien nous informer à ce sujet et je serais heureux que ceux de nos collègues qui ont fait beaucoup de ces ouvertures me veuillent bien renseigner sur ce point particulier des suites de l'intervention. Car il n'est pas indifférent pour un homme jeune d'avoir une infirmité qui lui interdit à l'avenir tout travail de force, toute profession pénible et l'oblige au port d'un bandage très gênant.

Une particularité très intéressante de l'observation du Dr Chupin, c'est le développement dans le flanc gauche d'un volumineux abcès et le passage, plusieurs fois observé, du pus dans l'intestin et son rejet par les selles. Comment s'est faite l'infection de la fosse iliaque gauche? Faut-il admettre que, dans une des poussées inflammatoires, la péritonite se soit propagée jusque-là? Ou

n'est-ce pas un foyer secondaire consécutif à un infarctus septique ? Notre confrère ne s'est pas préoccupé de cette origine et sa description nous laisse dans le doute sur le siège exact de la collection purulente.

La solidité des adhérences intestinales a seule pu préserver le malade d'une péritonite généralisée. Elle explique la migration du pus, d'un côté vers l'extérieur, de l'autre vers l'intestin. Fistules cutanées, fistule intestinale, les deux se sont rapidement fermées quand les foyers ont été largement ouverts.

Nous ne pouvons donc qu'approuver la conduite adoptée par notre collègue et je vous propose : 1° de le remercier de ses intéressantes observations ; 2° de déposer son travail dans les archives de la Société.

Discussion.

M. Berger. Au sujet de l'observation de suture des tendons, je suis de l'avis de M. Chauvel qui regrette qu'on n'ait pas fait la suture exacte des deux bouts du tendon du grand palmaire, d'autant plus que le tendon de ce muscle est l'un des plus faciles à trouver. Pour ce qui est des tendons de la tabatière anatomique, long et court extenseur, long abducteur du pouce, la suture donne pour ces tendons des résultats excellents, beaucoup meilleurs que ceux qu'on obtient, par exemple, pour les tendons fléchisseurs des doigts. Dans un cas où la section intéressait à la fois le court et le long extenseurs, j'ai pratiqué la suture des tendons divisés. Le bout supérieur du long extenseur était rétracté à une très grande hauteur, j'abaissai le tendon et le maintins abaissé pendant quelque temps avant de pratiquer la suture. Celle-ci fut pratiquée pour chaque tendon par deux ou trois points de suture à la soie très fine placés longitudinalement, et dont les chefs furent coupés ras. Je fis ensuite, avec la soie également, la suture de la gaine tendineuse ; je pratiquai la réunion complète, sans drainage, et exerçai la compression ; le résultat fut excellent. Actuellement le malade a conservé tous les mouvements du pouce et se sert de sa main comme auparavant. La soie me paraît, en pareil cas, préférable au catgut qui se résorbe trop vite et ne maintient pas assez longtemps en contact les extrémités tendineuses.

Pour ce qui est de la troisième observation de M. le Dr Chupin, où se pose la question de l'éventration à la suite de la laparotomie, pour appendicite, je dirai que, pendant les années où j'ai fait le service des bandages au Bureau central, j'ai observé un très grand nombre de faits de hernies traumatiques consécutives à des ouvertures d'abcès de la fosse iliaque. La plupart de ces faits ont été observés chez des femmes et du côté droit, ce qui semblerait indi-

quer qu'il s'agissait de lésions inflammatoires péri-cœcales. Au sommet de l'éventration, on apercevait une ou deux cicatrices, traces du drainage antérieur. Habituellement l'orifice herniaire très large admettait trois ou quatre doigts; aujourd'hui en présence de cas semblables, il serait indiqué de recourir à la cure radicale, en faisant la réunion isolée des différents plans de la paroi abdominale.

M. Reclus. A propos de la première observation de M. Chupin, je signalerai qu'il y a trois mois, j'ai dû faire la suture du tendon d'Achille chez un jeune homme qui s'était rompu ce tendon en montant en vélocipède. Comme l'accident remontait à trois mois, j'ai dû pratiquer d'abord l'avivement des deux bouts du tendon, puis je les ai réunis par quatre points de suture au fil de soie ; le résultat fonctionnel a été très bon.

Dans la troisième observation de M. Chupin, il est un fait bizarre, c'est cette suppuration de la fosse iliaque gauche qu'est venue compliquer l'appendicite ; je ne saurais en fournir l'explication, mais je ferai remarquer que, souvent dans l'appendicite, la douleur est irradiée à la fosse iliaque gauche. Pour ce qui est de l'éventration consécutive à la laparotomie, je ferai remarquer que sur quatre malades opérés par moi pour appendicite et que j'ai pu suivre, trois n'ont pas d'éventration. Chez le quatrième, j'ai pu constater, au bout d'un an, une impulsion à la partie supérieure de la cicatrice ; ce jeune homme est très préoccupé de savoir s'il s'agit là d'une infirmité qui pourra lui interdire l'entrée à l'École polytechnique ; dans ce cas, je serais tout prêt à faire la cure radicale de sa hernie. Je pense avec les auteurs américains, qu'en pratiquant l'incision très bas, et en lui donnant une direction parallèle à l'arcade de Fallope, on a chance d'éviter l'éventration.

M. Chauvel. Deux fois, j'ai observé chez des jeunes gens solides, de grandes éventrations consécutives à la laparotomie. Dans un cas, il est vrai, on avait fait une incision très grande, et assez rapprochée de la ligne médiane. Pour ce qui est de la question d'admission à l'École polytechnique, je ne saurais répondre à M. Reclus sans avoir examiné son malade.

A M. Berger je dirai que, dans la première observation de M. Chupin, il n'est pas fait mention du tendon du long extenseur. Il est assez étonnant que ce tendon soit resté intact, puisque le court extenseur et le long abducteur étaient sectionnés ; aussi peut-on se demander si, au cours de l'opération, tous les tendons ont été l'objet d'un examen suffisant.

Communication.

Luxation du pied en dehors. Fracture bimalléolaire. Résection par le procédé de M. Polaillon. Guérison.

Par M. Tachard, membre correspondant.

Le 8 août 1891, M. V. R..., âgé de 30 ans environ, eut le pied droit luxé en dehors par le choc violent d'un bateau.

M. le Dr Lequinquis constata la fracture par divulsion du péroné, avec arrachement de la pointe de la malléole interne et saillie énorme du tibia sous la peau qui n'a pas été déchirée. Le membre fut placé en bonne position dans un appareil, mais en dépit des soins éclairés qui furent donnés, le pied ne resta jamais en position convenable.

Au commencement de novembre 1891, je fus appelé par le Dr Calmette à voir ce malade. Il était dans l'état suivant :

Le pied droit était très fortement dévié en dehors et l'axe de la jambe prolongé passait à 2 centimètres environ en dedans du bord interne du pied. A 8 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole externe existait une forte dépression répondant à l'angle obtus formé par les deux bouts fracturés du péroné.

Dans ce valgus traumatique la peau extrêmement tendue sur le bord du tibia est livide et menace de s'ulcérer très prochainement sur une assez grande étendue. L'élargissement de l'articulation est considérable par écartement des malléoles et disjonction de la mortaise articulaire ; de plus le tibia étant hypcrostosé augmente encore le volume général de l'articulation.

Le pied ne semble pas avoir été altéré.

Le malade, rendu très irritable par ses douleurs, est atteint depuis longtemps d'insomnie que la morphine et le chloral à hautes doses ne parviennent pas à faire cesser.

Le blessé redoute tellement la douleur qu'il ne me permet guère qu'un examen par la vue, ce qui suffisait presque à porter un diagnostic exact.

Dans l'état que je viens de décrire, il n'y avait d'autre alternative que l'amputation ou la résection.

Cette dernière intervention fut proposée et acceptée par le malade et sa famille, et renvoyée à huitaine pour laisser le temps de désinfecter la chambre du malade et faire expédier de Paris une attelle de J. Bœckel.

Le 17 novembre, M. Lequinquis donnant le chloroforme et M. Calmette voulant bien me servir d'aide, je pratiquai la résection.

Les précautions antiseptiques sont prises ; les instruments sont soumis à l'action de l'eau bouillante et la scie à chaîne traitée à deux reprises dans un bain d'huile bouillante. Pas d'ischémie.

Opération : 1er temps. — Incision de 5 centimètres de long, allant d'emblée jusqu'à l'os suivant la direction du péroné et ayant pour

centre la dépression en coup de hache ; mise à nu des deux fragments rendue difficile par quelques stalactites osseuses, résection des deux bouts fracturés perpendiculairement à la direction du péroné (4 centimètres environ).

Conservation de toute la malléole externe dont les ligaments n'ont pas été détruits.

2e temps. — Incision verticale de 8 centimètres, allant jusqu'à l'os, sur le milieu de la face interne du tibia. Décollement facile du périoste.

La luxation exagérée du pied en dehors étant facile, j'en profite pour faire saillir le tibia sous lequel je passe la scie à chaîne à cinq centimètres au-dessus du rebord cartilagineux du tibia. L'os étant enflammé se sectionne sans difficulté.

3e temps. — Examen de l'astragale placée en coin entre les deux os ; étant saine. elle est conservée.

La pièce interfragmentaire de Delorme s'opposant à la réduction facile du pied, est séparée du péroné avec la rugine.

Aucun tendon ou vaisseau n'a été mis à nu. Lavage de la plaie avec eau phéniquée forte et solution acide de bichlorure de mercure.

Réunion des lèvres de la plaie au crin de Florence ; drainage avec crayon d'iodoforme suivant la formule J. Bœckel.

Les fragments du péroné sont mis bout à bout ; la malléole externe a conservé ses rapports avec la facette articulaire externe de l'astragale ; la surface de section du tibia est affrontée contre le revêtement cartilagineux de l'astragale.

Le pied replacé dans son axe normal y est maintenu pendant que j'applique un pansement sec à la gaze iodoformée et la ouate de tourbe maintenue serrée avec des bandes de gaze dont on n'a pas enlevé l'apprêt.

Le membre, immobilisé en bonne position sur l'attelle de Bœckel, est placé sur un hamac suspendu.

Durée totale de l'opération 45 minutes.

Les jours suivants la fièvre et la suppuration sont nulles.

Le 8 janvier 1892 j'enlève le pansement du premier jour, y compris les crins de florence. La réunion est parfaite, le pied est solide sans mobilité latérale ; les mouvements de flexion et d'extension sont faciles et étendus. Une nouvelle articulation est reconstituée.

Deuxième pansement ; le blessé n'est pas autorisé à marcher.

Sa guérison était assurée quand des troubles graves, dus à ses habitudes, motivent l'entrée de ce blessé dans une maison spéciale ; au bout de quelques mois il en sortait se portant bien physiquement et mentalement.

Actuellement, 19 mois après l'opération, le Dr Calmette, en m'envoyant les photographies ci-jointes, m'écrit que M. R... a repris toutes ses occupations, qu'il fait 20 kilomètres dans sa journée en chassant ou en pêchant, et qu'il n'y a plus qu'une légère boiterie pour lui rappeler son passé douloureux.

Au point de vue anatomique, les photographies montrent que le

membre a recouvré sa rectitude; il y a un léger excès de téguments, le coup de hache est encore visible, mais les cicatrices ne sont pas douloureuses ou difformes. Au point de vue fonctionnel le résultat est très satisfaisant, puisqu'une bottine ordinaire sans tuteur permet à cet homme de se livrer à ses occupations.

Ce résultat confirme l'observation faite par M. Chauvel à propos du mémoire de Roux (de Marseille), que le meilleur moyen pour conserver au pied sa solidité, est de respecter la malléole péronière, comme l'a recommandé M. Polaillon.

A côté de ce résultat il n'est pas sans intérêt de relater quelques faits antérieurs à la période chirurgicale antiseptique.

Le 28 août 1878 j'observai chez un artilleur une blessure identique; le pied était luxé en dedans et les deux malléoles avaient passé à travers les téguments de la face externe de la jambe. Le 20 septembre suivant, en pleine période inflammatoire, je fus obligé de pratiquer la résection bimalléolaire. Le 25 septembre au soir, la septicémie avait tué mon opéré.

Dans deux autres cas analogues, sans intervention chirurgicale, la mort a été le mode de terminaison observé.

L'exposé comparatif de ces faits se passe de commentaires et emporte avec lui ses conclusions.

Discussion.

M. Routier. En avril 1891, remplaçant M. Labbé à l'hôpital Beaujon, j'ai eu l'occasion de faire une opération tout à fait analogue à celle qui nous est communiquée par M. Tachard. La cicatrisation du foyer de fracture était complète, mais le pied était tout à fait déjeté en dehors, et les mouvements étaient nuls dans l'articulation tibio-tarsienne. Je mis à nu le foyer de la fracture du péroné, qui était mal consolidée, et je reconnus que la moitié externe du tibia avait été détachée sous la forme d'un fragment de 8 centimètres de hauteur resté adhérent au péroné ; je fis la résection complète de ce fragment tibial et il me fut dès lors possible de ramener le pied en dedans, mais dès qu'on l'abandonnait à lui-même, il retombait en dehors ; je fixai le péroné au tibia à l'aide d'un clou traversant les deux os, et pratiquai l'occlusion de la plaie sans drainage ; au bout de 8 jours, j'enlevai les fils de suture ; après quinze jours, je commençai la mobilisation ; aujourd'hui les fonctions du membre sont excellentes.

La séance est levée à 5 heures moins 5 minutes.

Le Secrétaire annuel,

E. Kirmisson.

Séance du 11 octobre 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Faux rétrécissements de l'urètre,* par MM. Reliquet et Guépin, interne des hôpitaux ;

3° Lettre de M. Broca, candidat au titre de membre titulaire.

Communications.

Fibrome utérin avec anurie datant de quatre jours. Hystérestomie abdominale. Guérison.

Par M. Tuffier.

La compression des uretères par un fibrome utérin est aussi exceptionnelle que grave. La conduite à tenir en pareil cas est discutable, c'est ce qui me fait vous communiquer aujourd'hui le fait suivant.

Le terme d'anurie qui s'emploie ici, suivant l'usage, est impropre, et il faudrait lui substituer celui de rétention réno-uretérale de l'urine.

Une femme de 48 ans, B... (Louise), entre le 5 avril 1892 dans le service de M. Th. Anger, salle Huguier n° 1, hôpital Beaujon; elle y est admise d'urgence pour des accidents graves d'anurie.

C'est une femme de taille moyenne ayant quelque embonpoint, mais au teint pâle et jaunâtre. C'est surtout depuis quelques semaines qu'elle s'est véritablement affaiblie, car elle a eu depuis l'âge de 17 ans, six grossesses suivies d'accouchements à terme, sans accidents consécutifs. Il y a deux ans, au mois de juin 1890, elle fut opérée par la laparotomie

d'un fibrome utérin dans le service de M. Tillaux à l'Hôtel-Dieu. Elle porte la cicatrice de cette première opération. Quelques mois après sa sortie de l'hôpital elle s'aperçut que son ventre grossissait, elle n'y attacha d'ailleurs aucune importance, n'ayant à ce moment ni douleurs, ni métrorrhagies. Peu à peu la tuméfaction augmenta jusqu'à prendre le volume d'une grossesse à terme. C'est seulement dans la quinzaine qui précède son entrée à l'hôpital que des accidents se manifestent. Ce sont des difficultés considérables de la miction qui, après maints efforts, se traduisaient par l'expulsion de quelques gouttes d'urine. En même temps des douleurs violentes apparaissaient dans l'abdomen et dans les membres inférieurs. Quatre jours avant son entrée, cette dysurie se transforme en anurie complète; c'est dans ces conditions qu'elle se présente à nous.

Je constate une volumineuse tumeur de l'abdomen assez comparable à une grossesse à terme, avec tension considérable de la paroi. La tumeur remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, s'enfonce dans l'excavation pelvienne. Elle est uniforme de consistance, légèrement mamelonnée et immobilisée par son prolongement pelvien. Elle est ferme, résistante, sans fluctuation. La matité à son niveau est complète. Le toucher vaginal est difficile, la paroi extérieure du vagin est appliquée contre la paroi postérieure et toute l'excavation pelvienne, jusqu'au voisinage de la vulve, est remplie par un prolongement arrondi, de même consistance que la tumeur abdominale et étroitement accolé aux parois pelviennes. Après avoir franchi l'étroit défilé dû à cette proéminence, on arrive en haut sur un col effacé. L'ensemble de la tumeur est immobile, plutôt par excès de volume que par adhérence. Par le toucher rectal, on sent la même tumeur bomber surtout à l'extrême limite de la région qu'il est possible d'explorer. Aucun envahissement de la paroi rectale.

Les deux régions lombaires sont douloureuses spontanément et à la pression, sans aucune augmentation de volume appréciable des reins. L'état général est mauvais, il nous indique bien un état grave d'intoxication urémique : céphalalgie, anxiété respiratoire, léger rétrécissement pupillaire, agitation, anxiété respiratoire. Vomissements, Température 36° 8. Constipation habituelle et difficile à vaincre avec les purgatifs, étant absolue, sauf pour les gaz, depuis trois jours. Mon premier soin fut naturellement de pratiquer le cathétérisme de la vessie, une tentative avec une sonde en verre resta infructueuse, mais une sonde de Nélaton n° 14 pénétrait facilement dans la vessie. Il ne s'écoula pas une goutte d'urine. En présence de ces accidents, je pose le diagnostic: fibrome de l'utérus, et anurie consécutive par compression latérale des uretères.

Le mode d'intervention fut discuté. Nous avions à choisir entre deux procédés, ou bien dériver le cours de l'urine par la néphrostomie ou l'urétérostomie, ou faire l'ablation du fibrome pour affermir la compression uretérale. Les accidents aigus et menaçants d'une part, la compression intestinale qui, d'un autre côté, eût nécessité à brève échéance un anus contre nature, me firent pencher vers l'opération radicale seule

susceptible de donner à la malade une survie durable. Le 6 avril, le jour même de cet examen, je fais séance tenante l'hystérectomie abdominale; laparotomie médiane du pubis au-dessus de l'ombilic. Je trouve quelques adhérences épiploïques qui furent coupées entre ligatures et je tombe sur une tumeur fibreuse avec deux gros lobes du volume d'une tête de fœtus. Je commence par couper ces deux lobes presque pédiculés à la surface de la tumeur principale. J'énuclée alors de l'abdomen le corps de la tumeur qui présentait le volume d'une grosse tête d'adulte, mais ses adhérences étaient telles au niveau de la partie inférieure de l'excavation que je dus faire un gros pédicule du volume du poing que j'embrochai avec deux sondes cannelées en guise de broches (opération d'urgence) et que j'étranglai dans un lien de caoutchouc. Pendant l'opération un aide pratiquait à demeure le toucher vaginal et suivait les progrès de décompression de cette cavité à mesure que la tumeur était attirée hors de l'abdomen. A la fin de l'opération, le prolongement vaginal de ce fibrome s'était réduit, il avait remonté; le doigt entrait facilement dans le vagin et on sentait un espace libre entre les parois de l'excavation et le moignon. La tumeur qui bombait dans le vagin avait donc notablement diminué et surtout était remontée et ne comprimait plus les organes contenus dans l'excavation pelvienne.

Dans ces conditions je fermai l'abdomen, comme j'ai l'habitude de le faire, par une suture en étages et formant collerette autour du lien de caoutchouc. Pansement iodoformé et ouaté.

La tumeur enlevée était formée par l'utérus contenant plusieurs volumineux fibromes.

Dès le lendemain la malade urinait 1,100 grammes et, à partir de ce jour, la miction fut normale, pendant trois jours les accidents urémiques persistèrent, puis tout s'amenda et disparut. La température ne dépassa pas 37°,7. Suites opératoires sans autre accident qu'une petite fistule ayant persisté sur le moignon pendant plusieurs mois et qui d'ailleurs ne présenta d'autre inconvénient que de nécessiter des pansements répétés.

La malade sortit au mois de juillet. Je l'ai revue au mois de janvier 1893, dix mois après l'opération, se portant très bien n'ayant aucune douleur et pouvant travailler.

Par le toucher vaginal, on sent que le moignon de la tumeur était réduit au volume du poing. L'état général est parfait.

Discussion.

M. Routier. Chez la malade opérée par M. Tuffier, M. Tillaux avait-il seulement pratiqué l'ablation d'un fibrome, ou s'il avait fait la castration ?

M. Tuffier. Le fibrome seul avait été enlevé ; les ovaires étaient restés en place.

Note pour servir à l'étude du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse,

Par MM. Lucien Picqué, chirurgien des hôpitaux,
et Orillard, interne des hôpitaux.

Messieurs, des travaux importants ont été publiés dans ces derniers temps sur le mécanisme de la guérison de la péritonite tuberculeuse après laparotomie. Il nous a été donné en ces derniers temps de guérir dans ces conditions, dans le service de M. Périer, une femme atteinte de péritonite tuberculeuse et nous avons pu faire, quelque temps après, l'autopsie de cette malade guérie, qui est venue mourir, dans le service, d'un phlegmon gangréneux du cou.

C'est donc un simple fait qui vient à l'appui de ceux déjà nombreux qui ont été publiés. J'ai pensé qu'il était intéressant de vous le présenter et je n'ai pas la prétention de vous en donner l'interprétation.

Tuberculose du péritoine et des ganglions mésentériques. Laparotomie. Guérison. — Plus tard, phlegmon large du cou. Mort. Autopsie faisant constater la guérison presque complète de la tuberculose péritonéale.

La nommée X..., couturière, âgée de 30 ans, entre le 16 mars 1893, salle Gosselin, lit n° 42, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le docteur Périer, suppléé par M. Picqué.

C'est une femme petite, amaigrie, dont les antécédents héréditaires sont à peu près nuls : son père est mort d'affection intestinale ; sa mère a 68 ans et est bien portante. Elle a perdu un père de 40 ans de paralysie (?) ; deux sœurs bien portantes.

Bien portante jusqu'à l'âge de 11 ans, elle eut à cette époque une fièvre typhoïde et eut ses premières règles pendant la convalescence de cette maladie. Depuis, ses époques sont venues régulièrement, mais très peu abondantes chaque fois ; dans leur intervalle, la malade avait presque constamment des pertes blanches abondantes.

Assez sujette à s'enrhumer, elle fut à peu près bien portante jusqu'à l'âge de 24 ans, époque à laquelle elle se maria. Elle eut trois grossesses.

La première, à l'âge de 25 ans ; accouchement normal à terme ; elle reste quinze jours au lit, nourrit et a son retour de couches cinq mois après.

La seconde, à l'âge de 27 ans ; accouchement et suites de couches normaux ; elle reste douze jours au lit, nourrit et a son retour de couches cinq mois après.

La troisième, à l'âge de 29 ans (juin 1892) ; accouchement normal. Elle ne nourrit pas et est forcée de faire trois mois de séjour au lit pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Son enfant meurt à l'âge de trois mois et demi.

En 1891, par conséquent entre sa seconde et sa troisième grossesses, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine pour une tumeur non douloureuse siégeant du côté gauche de l'abdomen. Elle fut examinée fréquemment pendant son séjour à l'hôpital et l'on pensa devant elle à un rein flottant.

En même temps que cette tumeur, étaient apparus des phénomènes dyspeptiques : c'était des nausées, des vomissements, qui survenaent irrégulièrement d'ailleurs, plus ou moins longtemps après avoir mangé.

Elle sort de Saint-Antoine parce qu'on ne l'opérait pas et reste pendant deux mois malade chez elle, souffrant de ces mêmes symptômes dyspeptiques qui s'accompagnèrent dès ce moment de douleurs dans le ventre. De plus elle commença à perdre ses forces et à s'amaigrir. Sur ces entrefaites, survient sa troisième grossesse.

En janvier 1893, les douleurs de ventre deviennent beaucoup plus vives et les vomissements plus abondants et plus fréquents ; elle semble même avoir eu à ce moment du mélæna à deux ou trois reprises différentes. Quoi qu'il en soit, au bout d'un mois de séjour au lit, elle s'aperçoit en se relevant que la tumeur qui existait seulement à gauche avait beaucoup augmenté, occupant alors la ligne médiane et aussi le côté droit.

Voyant que son état général allait en s'aggravant, elle se décide à entrer de nouveau à l'hôpital.

L'examen des différents appareils donne les renseignements suivants :

1° *Appareil digestif.*— Il y a de l'anorexie très marquée principalement pour la viande et les graisses. Une fois l'estomac rempli par les aliments, la malade est prise de crampes excessivement douloureuses qui se continuent sans cesser ni diminuer jusqu'à ce que le vomissement arrive. Jamais cependant la moindre trace d'hématémèse.

Le plus souvent la malade présente de la diarrhée entrecoupée rarement par quelques jours de constipation.

Le foie est normal et non douloureux. L'abdomen est dur, tendu; il y a du tympanisme et peut être un peu d'ascite, mais en très petite quantité. La palpation est douloureuse dans toute la région ombilicale où l'on arrive sur une masse irrégulière, bosselée, peu mobile, siégeant dans sa plus grande partie sur la ligne médiane, mais occupant aussi une partie des hypochondres et des fosses iliaques. Latéralement elle n'est plus perçue, ses limites latérales étant peu nettes. Les limites supérieure et inférieure sont également impossibles à établir. Elle est douloureuse à la palpation et lorsqu'on pratique cet examen on se rend parfaitement compte qu'il y a entre elle et la paroi abdominale des ansses intestinale interposées; du reste, il y a de la sonorité partout au devant d'elle.

2° *Appareil génito-urinaire.* — Si l'on vient à faire le toucher vaginal, on sent un utérus absolument atrophié, très mobile et non douloureux ; les urines sont également absolument normales. D'une façon évidente, la tumeur abdominale est indépendante des organes génitaux.

La malade n'a jamais revu ses règles depuis sa dernière grossesse (1891) ; elle perd presque constamment en blanc.

Les urines sont normales et ne contiennent ni sucre ni albumine. — Les reins ne sont pas douloureux, sont absolument à leur place et non augmentés de volume.

3° *Appareil respiratoire.* — La malade se plaint de tousser, mais d'une façon assez irrégulière ; elle ne crache pas et n'a pas d'oppression. L'examen physique des poumons fait percevoir un peu de submatité et de douleur à la pression dans le creux sous-claviculaire du côté gauche ; l'auscultation normale partout ailleurs fait entendre à ce niveau une respiration affaiblie.

4° *Appareil circulatoire.*— Jamais d'hémorragie. Cœur normal sans aucun bruit surajouté. Elle se plaint de ce que ses jambes enflent lorsqu'elle reste longtemps debout ; ce phénomène est plus fréquent et plus marqué à gauche.

5° *Appareil nerveux.* — Le sommeil est agité et interrompu par des sueurs abondantes surtout au niveau de la face.

6° *Appareil lymphatique.* — La rate et le corps thyroïde sont normaux. On trouve au cou et dans l'aine de la malade de nombreux ganglions durs, hypertrophiés, roulant sous le doigt et non douloureux.

M. Picqué, en procédant par exclusion, arrive au diagnostic probable de péritonite tuberculeuse avec masse ganglionnaire rétro-mésentérique.

Après un traitement général reconstituant et sur les instances mêmes de la malade, qui demandait un soulagement à ses douleurs abdominales, on propose la laparotomie exploratrice, qui est acceptée et pratiquée le 12 avril.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche. Le péritoine une fois ouvert, il s'écoule la valeur d'un verre environ de liquide séreux jaunâtre. La séreuse pariétale est absolument tapissée par de nombreux tubercules et est très congestionnée ; il en est d'ailleurs de même pour la séreuse viscérale. En arrière des anses intestinales, dans l'épaisseur du mésentère existe la tumeur sentie par l'examen. Elle est composée par les ganglions mésentériques considérablement hypertrophiés et adhérents les uns aux autres. Ces lésions se retrouvent non seulement au niveau de l'insertion du mésentère à la colonne vertébrale, mais aussi entre ses deux feuillets près de l'insertion à l'intestin. Cette constatation faite, on pratique un nettoyage soigné de la séreuse au moyen d'éponges imbibées de naphtol camphré ; suture à triple étage de la paroi sans drainage.

Les suites furent simples et ne présentèrent rien à signaler. Après avoir souffert pendant les premiers jours, la malade vit peu à peu ses douleurs abdominales disparaître et put commencer à se lever le vingtième jour. Elle quitta l'hôpital le 7 mai.

Elle revint le 19 mai à Lariboisière, demandant de nouveau à entrer pour un phlegmon large du cou. Interrogée sur les suites de sa laparotomie, elle raconta qu'elle avait été *très soulagée*, qu'elle ne souffrait

plus du ventre et qu'à part quelques vomissements qui s'étaient reproduits plusieurs fois, elle avait été très améliorée. Et de fait, en réexaminant la tumeur abdominale, on s'apercevait qu'elle avait diminué d'au moins les deux tiers ; la palpation en était aussi beaucoup moins douloureuse. Le centre était également moins tendu et moins tympanisé. Le phlegmon du cou s'étendait sur le sterno-mastoïdien du côté droit et en bas allait jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané, au niveau de l'insertion inférieure du muscle. Il fut largement incisé, mais il existait un sphacèle étendu. Les accidents infectueux continuèrent et la malade succomba le 30 mai.

Autopsie. — L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve au niveau de la suture les deux surgets à la soie placés sur le péritoine et sur les muscles lors de la laparotomie. Ils sont absolument comme s'ils venaient d'être placés et n'ont déterminé autour d'eux aucune inflammation. L'abdomen ouvert, il ne s'écoule aucun liquide. Quelques anses intestinales et l'épiploon sont unis lâchement à la paroi abdominale, au niveau de la cicatrice. La séreuse viscérale n'est pas du tout congestionnée ; elle a sa couleur grise normale ; il est impossible de retrouver trace sur elle des nombreux tubercules constatés *de visu* lors de la laparotomie. Il en est de même sur le péritoine pariétal, ainsi que sur le mésentère. Ce n'est qu'avec la plus grande attention qu'il est possible d'en retrouver quelques-uns au niveau de l'extrémité inférieure de la face gauche du mésentère. Ils occupent là une région grande comme une pièce de cinq francs. On en retrouve également un peu plus nombreux sur le feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique. Partout ailleurs il est absolument impossible d'en retrouver la moindre trace.

La tumeur rétro-mésentérique a également énormément diminué de volume, ainsi qu'on avait pu s'en rendre compte lors du nouvel examen. Elle qui avant la laparotomie était presque en contact avec la paroi abdominale antérieure, forme actuellement avec la paroi postérieure une saillie peu considérable ; autant qu'il est possible de l'apprécier, elle semble avoir au moins diminué des deux tiers. La coupe de cette masse montre qu'elle est exclusivement composée des ganglions considérablement hypertrophiés et dégénérés. La plupart sont caséeux, soit en totalité, soit seulement en certaines de leurs parties.

L'intestin fendu sur toute sa longueur est congestionné par places, mais ne présente pas la moindre ulcération.

Les organes génitaux sont normaux et n'offrent rien à signaler.

Le foie est volumineux, a l'aspect d'un foie gras ; il pèse 2kg,300. Pas de calculs biliaires. La rate est normale, ainsi que les reins qui n'offrent rien à signaler.

Au niveau du cou du côté droit, on trouve au-dessous du sterno-mastoïdien un large foyer remontant en haut jusque dans l'espace maxillo-pharyngien et s'arrêtant en bas sur la peau au niveau de la deuxième côte. Le muscle lui-même est infiltré de pus. En bas, l'infiltration purulente n'a pas pénétré dans le tissu cellulaire du médiastin.

La plèvre gauche contient environ un demi-litre de liquide purulent tout à fait récent. On trouve dans le poumon gauche quelques tubercules dont la plupart sont crétacés. Ce sont eux qui donnaient les légers signes constatés à l'auscultation. A la base de ce même poumon, il y a de petits noyaux de broncho-pneumonie.

Le cœur est normal.

Discussion.

M. Berger. Le mécanisme de la guérison de la péritonite tuberculeuse après la laparotomie est encore assez obscur. Actuellement se trouve exposée dans le *British medical Journal* l'opinion d'un grand nombre de médecins anglais sur les indications de l'intervention et le mécanisme de la guérison. La majorité pense que c'est dans les formes ascitiques et dans les formes séreuse ou suppurée circonscrite que la laparotomie trouve ses principales indications. Quant au mécanisme de la guérison, les uns pensent qu'il y a substitution de la forme adhésive à la forme ascitique, et qu'ainsi les granulations tuberculeuses se trouvent étouffées. Pour d'autres, non seulement le liquide ascitique servirait à la propagation de la tuberculose, mais encore il serait toxique par lui-même, de sorte que la suppression de ce liquide amènerait la disparition de la fièvre et des accidents cachectiques.

Pour ma part, j'ai présentes à l'esprit quatre observations dans lesquelles je suis intervenu. Dans les deux premiers cas, il s'agissait de formes ascitiques. Mon premier malade était un jeune garçon de 16 ans qui, en même temps qu'une péritonite tuberculeuse, présentait des lésions pulmonaires positives. La laparotomie permit d'extraire de l'abdomen un liquide trouble, la cavité pér tonéale fut lavée, et ses parois touchées avec une éponge imbibée de naphtol camphré. Le malade guérit de l'opération, et sa santé générale s'améliora graduellement. Depuis lors, la guérison persiste, le ventre reste souple, et les lésions pulmonaires ont disparu.

Dans mon second cas, il s'agissait d'une jeune fille de 13 à 14 ans qui présentait une tumeur en apparence circonscrite, prise d'abord pour un kyste de l'ovaire. La laparotomie conduisit dans une grande cavité circonscrite par des adhérences ; de nombreux tubercules étaient disséminés à la surface du péritoine ; comme dans le cas précédent, les parois de la séreuse furent touchées avec le naphtol camphré. Aujourd'hui, l'opération date de deux années, et la guérison persiste.

Dans mes deux derniers cas, il s'agissait de péritonite adhésive, et le résultat a été moins favorable. Chez l'un des malades, l'intervention était rendue nécessaire par des phénomènes d'obstruction

intestinale ; la laparotomie permit de constater un épaississement énorme du péritoine ; l'intestin était adhérent au péritoine pariétal. Ces adhérences furent décollées dans presque toute leur étendue, sauf au niveau de la région hypogastrique, où elles étaient trop intimes ; il n'y avait aucune trace de liquide. Après un attouchement des parois avec le naphtol camphré, l'abdomen fut refermé ; il n'y eut pas d'accidents, mais la mort survint au dixième ou douzième jour.

Enfin, dans mon quatrième cas, il y avait, en même temps que de l'ascite, une tumeur circonscrite à la partie inférieure de l'abdomen ; les lésions pulmonaires étaient encore plus marquées que dans le cas précédent. La laparotomie démontra l'existence d'adhérences totales entre l'intestin, la vessie et la fosse iliaque. Il fut impossible de les décoller ; on dut se borner à l'évacuation du liquide et à l'attouchement des parois avec le naphtol camphré. Pendant un mois, il y eut de l'amélioration ; puis l'ascite se reproduisit, et la mort survint au bout de quatre ou cinq mois, sans que le malade eût tiré un bénéfice réel de l'opération.

En somme, la laparotomie me semble surtout utile dans les cas de péritonite tuberculeuse accompagnée d'ascite généralisée ou circonscrite. Dans les cas d'adhérences, il faut intervenir, s'il y a obstacle à la circulation des matières, mais il y a toujours beaucoup moins à attendre du résultat.

M. Picqué. La question des indications est très complexe, car il y a souvent des formes mixtes dans lesquelles l'ascite se combine avec la présence d'adhérences, comme chez une malade dont j'ai donné l'histoire au Congrès français de chirurgie ; cette malade reste bien guérie. Quant au mécanisme de la guérison, il semble bien qu'on ne puisse adopter toujours celui qui vient d'être rappelé par M. Berger, c'est-à-dire la substitution de la forme adhésive à la forme ascitique. En effet, chez la malade dont j'ai pu pratiquer l'autopsie, la cavité péritonéale n'avait pas été oblitérée par des adhérences, et cependant la guérison persistait.

La séance est levée à 5 heures moins 20 minutes.

La Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission chargée d'organiser la célébration du cinquantième anniversaire de la Société de chirurgie.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 18 octobre 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Études sur les tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes*, par M. Lagrange, membre correspondant;

3° *Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. Méthode sclérogène, etc.*, par M. Mauclaire (Thèse de Paris, 1893. — Prix Duval);

4° *Du traitement du prolapsus du rectum par la colopexie*, par M. Vieusse (de l'armée) (M. Quénu, rapporteur);

5° Lettres de MM. Poirier et Walther, candidats au titre de membre titulaire.

A propos du procès-verbal.

Péritonite tuberculeuse.

M. Routier. Le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse n'est plus une nouveauté; si on en parle tant encore, c'est sans doute beaucoup à cause du mystère qui entoure cette thérapeutique si empirique.

Les récentes communications sur ce sujet ne l'ont guère élucidé, il n'en est pas moins vrai que les résultats fournis par la laparotomie sont généralement bons, et il me semble étonnant de ne pas voir réclamer plus souvent votre intervention par nos collègues en médecine, car malgré l'affirmation de Conitzer qui prétend que la péritonite tuberculeuse est spontanément curable, nous savons que d'habitude cette affection se termine le plus souvent par la mort.

Peu après la publication de la très bonne thèse de Maurange, je fis, en avril 1890, une revue sur ce même sujet, et par des recherches, certainement très incomplètes, il me fut possible de réunir 90 cas de laparotomie sur lesquels la mort était survenue sept fois, due à des complications soit opératoires, soit consécutives ; mais, sur les 83 guérisons, 33 dataient de plus d'un an, 17, de plus de six mois, et sans compter le fameux cas de Spencer Wells, datant de vingt-cinq ans, plusieurs autres comptaient sept, six ou cinq ans de survie.

Plus récemment, dans la *Revue de Chirurgie*, M. Charles Rœrsch publiait un article sur ce même sujet ; on n'y trouve rien de nouveau, sinon les chiffres.

Sur 358 malades, 253 sont guéris : chez 118, la guérison a été constatée après plus de six mois ; chez 79, elle a été constatée après plus d'un an ; chez 53, elle a été constatée après plus de deux ans.

La conclusion de ma revue de 1890 peut encore être donnée telle quelle :

« Devant l'éloquence des chiffres, il faut s'incliner ; si nous n'avons pas l'explication nette et incontestable du mode d'action de la laparotomie, il n'en reste pas moins démontré que la péritonite tuberculeuse peut être arrêtée dans son évolution par ce traitement chirurgical. »

Dans la dernière séance, M. Berger a essayé d'expliquer ces guérisons par le passage de la forme ascitique à une forme fibreuse ; si cette explication peut se rapporter à des faits connus de notre savant collègue, il ne faudrait pas croire qu'elle pût être généralisée ; ce n'est pas une transformation qui se produit, mais une guérison, et la séreuse reprend ses caractères normaux.

Plusieurs autopsies ont prouvé ce que j'avance ; je rappellerai des observations de Hirschberg, d'Ahlfeld, de Hofmolk, où des malades opérés par la laparotomie pour des péritonites tuberculeuses et guéris, ont succombé plus tard, soit à des maladies intercurrentes, soit aux progrès de la tuberculose bronchopulmonaire, et chez eux il n'y avait plus, ni ascite, ni granulations péritonéales.

J'ai par devers moi une observation analogue.

Je rappellerai encore le cas de Ceccherelli qui a fait, à un mois d'intervalle, deux laparotomies à un enfant de 11 ans, parce que le liquide ascitique s'était reproduit ; mais on ne trouva plus, en examinant le liquide de la seconde opération, les bacilles dont on avait constaté la présence dans l'ascite lors de la première laparotomie, et l'enfant guérit.

Par contre, Bumm, dans le *Wurtzburger Phys. Gesellschaft*, en décembre 1892, rapporte un fait non moins remarquable.

Il fit deux fois en huit semaines la laparotomie à une femme de 40 ans, pour une péritonite tuberculeuse.

La première fois, le péritoine était couvert de granulations tuberculeuses grises ; dans un fragment réséqué, on constata la présence de tubercules avec cellules géantes, éléments épithéloïdes spéciaux, etc., mais on ne trouva pas de bacilles.

Huit semaines plus tard, il y avait un peu de liquide et la plupart des points de suture étaicnt ulcérés et laissaient écouler un liquide séreux dans lequel on trouvait des bacilles.

Une injection de tuberculine donna quatre jours de fièvre.

C'est alors qu'on fit une seconde laparotomie : on évacua un demi-litre de liquide environ, et sur un fragment réséqué, on constata que les tubercules étaient infiltrés de cellules rondes et transformés en tissu cicatriciel.

Bumm attribue l'action favorable de la laparotomie à l'évacuation du liquide qui empêche, dit-il, la réaction de l'organisme contre la tuberculose. Cette opinion n'est pas nouvelle ; les diverses hypothèses qu'a rappelées M. Berger, je les avais rapportées aussi dans ma revue de 1890, je devrais y ajouter aujourd'hui celles de Lauenstein qui prétend que la lumière pénétrant dans la cavité péritonéale tue le bacille ; l'opinion de Braatz qui fait jouer un grand rôle au contact de l'air, le microbe étant aérobie ou anaérobie; Braatz s'appuie sur les faits de Nolen et de Mosetig Moorhof qui, sans faire de laparotomie, se sont contentés d'évacuer le liquide par ponction en faisant suivre celle-ci d'une injection d'air, et oppose ces faits à ceux de la ponction simple qui ne donne pas de guérison.

Kirschenski a fait des recherches expérimentales sur les animaux pour tâcher de découvrir le mode d'action de la laparotomie et sa valeur.

L'auteur a inoculé des cobayes et des lapins, puis a pratiqué des laparotomies et a constaté que cinq ou six jours après la laparotomie, les bacilles sont inclus dans les cellules ; que dix ou douze jours après, les bacilles ont disparu et que les tubercules sont transformés en tissu conjonctif jeune, tandis que sur les animaux témoins, les bacilles n'étaient pas détruits par les cellules et qu'il n'y avait nulle transformation en tissu conjonctif.

Aussi, explique-t-il l'action de la laparotomie par une impulsion favorable qu'elle imprime à la phagocytose.

L'auteur cherche, paraît-il, si par la laparotomie il a rendu les animaux plus réfractaires à l'inoculation tuberculeuse.

En somme, nous sommes peu avancés sur l'explication du mode de guérison, mais celle-ci n'en existe pas moins.

J'ai déjà cité deux cas au 4e congrès français de chirurgie, dans lesquels j'avais obtenu la guérison.

Le premier était celui d'une femme de 41 ans, qui était restée parfaitement guérie quatorze mois après une laparotomie pour une péritonite tuberculeuse à forme ascitique pratiquée en 1888. Le second était un cas de péritonite purulente enkystée, tenant à des lésions tuberculeuses des annexes ; cette malade garda longtemps une fistule, mais sortit très engraissée de l'hôpital et put reprendre son travail.

Cette même année 1888, j'ai opéré une malade d'une double salpingite tuberculeuse purulente, diagnostic confirmé par un examen du laboratoire de M. le professeur Cornil ; cette femme qui avait en outre une péritonite généralisée, subaiguë, et qui avait traîné deux ans dans différents services, guérit par mon intervention ; je l'ai revue au commencement de 1893, parfaitement guérie.

En 1890, j'ai pratiqué la laparotomie à une jeune fille de 20 ans, arrivée au dernier degré de l'émaciation, à la suite d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique ; j'ai depuis présenté cette jeune fille à la Société de chirurgie ; je la revois de temps à autre, et, en juillet de cette année 1893, c'est-à-dire trois ans et demi après, elle est parfaitement guérie.

En novembre 1892, j'ai opéré à l'Hôtel-Dieu un malheureux garçon du service de M. le docteur Bucquoy, chez lequel, outre des lésions pleuro-pulmonaires, existait une péritonite tuberculeuse avec ascite ; la tension du ventre était telle que la dyspnée était extrême, et mon intervention avait surtout pour but de faciliter la respiration chez ce sujet.

Le cas était mauvais : il s'agissait d'une tuberculose à marche rapide qui avait évolué depuis trente-cinq jours seulement ; malgré cela, les suites de mon opération furent d'abord satisfaisantes ; mais, un mois après, survenait une hémiplégie, bientôt suivie de mort ; l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un tubercule du lobe paracentral avec méningite localisée au voisinage.

Du côté du péritoine, il y avait encore un peu d'ascite, mais rien de comparable aux lésions constatées lors de la laparotomie.

Quand on lit les diverses observations, on voit que pour ce qui est de la conduite à suivre et du manuel opératoire, chaque chirurgien suit une pratique différente.

Les uns font un lavage du ventre, et cela avec les diverses solutions employées; les autres se contentent de dessécher la séreuse avec des éponges, d'autres font des attouchements avec le

naphtol camphré ; j'ai l'habitude de frotter toute la surface péritonéale avec des éponges sur lesquelles j'ai fait pulvériser de l'iodoforme.

Quelle que soit la façon d'agir, le résultat est le même ; la large évacuation du liquide et la mise au jour de la séreuse paraissent jouer le principal rôle.

A propos de la péritonite tuberculeuse et de son traitement chirurgical.

M. Bouilly. L'intéressant Mémoire de notre collègue M. Picqué m'a engagé à vous soumettre les faits de péritonite tuberculeuse que j'ai eu l'occasion d'observer et les quelques réflexions que ces observations m'ont suggérées.

Je n'ai rien à dire du mécanisme de la guérison après la laparotomie ; cette question reste encore obscure, malgré les diverses explications qui ont été fournies et je ne possède aucune donnée capable de l'éclaircir.

Avant d'entrer dans le détail des opérations que j'ai pratiquées, je veux exposer deux petits points de pathologie ayant trait à la tuberculose péritonéale et génitale.

L'observation de quelques faits me porte à croire qu'une variété d'ascite observée chez les jeunes filles et chez les jeunes femmes doit être rapportée à la tuberculose des trompes et des ovaires et consécutivement du péritoine. Cette ascite, décrite par Cruveilhier sous le nom d'*Ascite des jeunes filles*, se produisant à l'époque de la puberté ou dans les années qui suivent, était rangée par cet auteur dans les ascites idiopathiques (*Anatomie Pathologique générale*, t. IV, p. 60.)

Il y a déjà bien des années, vers 1878, j'ai observé deux jeunes filles, l'une de 12, l'autre de 16 ans, atteintes de cette variété d'ascite ; à cette époque, il n'était pas question de laparotomie dans le traitement de ce genre d'affections. Ces deux malades guérirent lentement, grâce à des soins médicaux et hygiéniques ; mais en tenant compte de leur état général, de leur pâleur, de quelques douleurs abdominales, j'étais presque convaincu qu'il y avait derrière le liquide quelque lésion viscérale tuberculeuse et j'accusais déjà les trompes et les ovaires. Récemment, chez deux malades représentant les mêmes symptômes, la laparotomie est venue confirmer mes prévisions ; elle m'a permis de constater, en coïncidence avec l'ascite, une tuberculose avancée des trompes et des ovaires et du péritoine du petit bassin. Il me semble donc bien établi qu'il existe une ascite liée à la tuberculose des annexes de

l'utérus et que cette tuberculose génitale est le point de départ d'une péritonite tuberculeuse étendue d'abord au péritoine pelvien et pouvant s'étendre ensuite à toute la séreuse péritonéale.

Le second point a rapport à la *guérison spontanée* de la péritonite chronique tuberculeuse, accompagnée ou non d'ascite. Je rappelle d'abord que j'ai vu guérir spontanément les deux cas d'ascite auxquels je faisais allusion tout à l'heure et que ces malades sont restées guéries. Cette guérison a été longue et pénible, les jeunes filles sont restées longtemps faibles et languissantes; je suis convaincu aujourd'hui que la laparotomie amène le rétablissement mieux et plus vite; mais je note ce fait que l'ascite a guéri sans laparotomie.

Mais en outre, j'ai observé récemment la *guérison spontanée* dans un cas de péritonite chronique *sèche*, sans épanchement. Le fait m'a paru assez intéressant pour que je le résume en quelques mots.

Une jeune femme de 28 ans, ayant accouché sans incident quatre ans auparavant, vient me trouver à l'hôpital Cochin, au commencement de l'année 1892, se plaignant de douleurs abdominales, de troubles digestifs et ayant subi en quelques mois un amaigrissement considérable. L'examen fait constater dans l'abdomen des masses dures, disséminées, commençant dans les fosses iliaques et s'étendant jusqu'au-dessus de l'ombilic; autour de l'utérus, des indurations comblent les culs-de-sac, immobilisant l'organe et sa continuité avec les masses abdominales; le tout développé lentement, sans réaction bien appréciable, sans douleurs vives, sans nécessité d'immobilisation ni de repos. Je pensai qu'il s'agissait de kystes végétants des deux ovaires avec généralisation péritonéale, je jugeai le cas inopérable et prescrivis sans espoir à cette malade un traitement médical dont l'arsenic formait la base.

Quelques mois plus tard, en juillet, les choses étaient à peu près les mêmes; l'état général restait assez satisfaisant; j'engageai la malade à faire un séjour prolongé à la campagne. A la rentrée en octobre, cette jeune femme revenait me trouver et avec une amélioration générale si satisfaisante, que je me crus autorisé à tenter quelque chose du côté de l'abdomen, pensant m'être trompé dans mon premier diagnostic. Mais, à ma grande surprise, l'examen du ventre me faisait constater une diminution extrême des masses abdominales et un retour presque complet de la souplesse et de la profondeur des culs-de-sac; le ventre était redevenu souple, dépressible, très peu douloureux. Dans ces conditions, je ne fis rien et j'attendis; l'amélioration continua et à plusieurs reprises et à des examens éloignés, je pus constater qu'il ne restait plus dans l'abdomen que de petites indurations profondes, mal limitées, et que la guérison allait toujours en s'accentuant. Je n'ai pas revu cette malade depuis plusieurs mois et je peux croire que son bon état est la seule cause de l'éloignement des visites qu'elle nous faisait régulièrement.

J'arrive maintenant à l'exposé des cas traités par la laparotomie.

La première observation concerne uno jeune fille do 18 ans, ayant remarqué deux mois avant son entrée à l'hôpital une rapide augmentation de volume de son ventre, sans grande douleur ni détérioration de son état général. Les signes de la collection, sur le détail desquels je passe, me firent croire à un kyste de l'ovaire à développement rapide. La laparotomie est pratiquée le 19 juin 1892; dès l'incision du péritoine, il s'écoule une grande quantité de liquide d'apparence chyleuse, quantité qu'on peut évaluer de 10 à 12 litres ; le péritoine pariétal est épaissi et, dans le petit bassin, il est recouvert d'un abondant semis de granulations tuberculeuses qui n'existent pas dans la partie supérieure de la cavité abdominale ni sur le péritoine de l'intestin. La trompe gauche dans son corps, sur son pavillon, est recouverte d'une infinité de granulations, elle est en outre atteinte d'une véritable salpingite et, à la coupe, elle présente dans sa cavité un magma caséeux puriforme. L'ovaire gauche est petit, ratatiné, sans apparence de tuberculose.

La trompe droite est également recouverte de granulations: mais la muqueuse est peu altérée, il s'agit d'une périsalpingite tuberculeuse. Ces annexes malades sont pédiculisées et enlevées de chaque côté avec le thermo-cautère, avec vigoureuse cautérisation de la ligne de section. Le petit bassin est drainé à la gaze iodoformée pendant quarante-huit heures. Un abondant écoulement de sérosité péritonéale suivit pendant une quinzaine de jours l'ablation du drainage iodoformé; la partie inférieure de l'incision se ferma par une cicatrice solide et, depuis ce temps, la guérison est restée définitive sans aucune trace de reproduction de liquide.

Cette année, j'ai observé et opéré une autre jeune fille présentant les mêmes symptômes.

Douleurs vagues dans l'abdomen et augmentation de volume depuis six mois; aménorrhée depuis la même époque. L'examen fait constater dans le ventre une certaine quantité de liquide, peu mobile, dont la distribution peut faire penser à un kyste ovarique à parois peu tendues; la sensibilité abdominale est peu développée; deux points douloureux persistent cependant, nettement localisés, au niveau des annexes.

Après une ponction exploratrice qui ramène un liquide franchement ascitique, la laparotomie est pratiquée le 7 août 1893. On trouve environ 2 litres de liquide et l'on constate sur le péritoine intestinal et pelvien un abondant semis de granulations tuberculeuses du volume environ d'un grain de chenevis; une plaque de tubercules confluents du volume d'une pièce de deux francs occupe le péritoine pariétal à la région hypogastrique. Les anses intestinales, faiblement adhérentes aux parois du petit bassin, sont sectionnées et recouvertes de compresses. On aperçoit alors des deux côtés des annexes volumineuses qui sont détachées, pédiculisées et sectionnées au thermo-cautère. Des deux

côtés, l'ovaire augmenté de volume et en partie kystique est surmonté d'une trompe très hypertrophiée et remplie de pus; la trompe flexeuse coiffe l'ovaire comme l'épididyme coiffe le testicule; ses parois sont infiltrées de granulations tuberculeuses.

Les suites opératoires sont excellentes; la malade sort le 2 septembre en bon état; le ventre est absolument souple et ne présente pas de trace d'ascite.

Je viens de revoir cette jeune fille il y a quelques jours; elle est encore un peu pâle et anémiée et je lui conseille de retourner en province, à la campagne. L'état local reste satisfaisant.

La troisième observation concerne un cas de péritonite chronique tuberculeuse, *sèche,* sans épanchement.

Il s'agit encore d'une jeune fille de 21 ans, prise pour la première fois en 1892, sans fièvre, de douleurs abdominales qui durent environ trois semaines et reviennent en mars 1893, avec irradiations lombaires et suppression des règles. Vers la fin de mars, le ventre commence à se tuméfier; les règles ne reparaissent plus et un écoulement mucopurulent très épais et très abondant commence à se produire. La malade entre le 2 août, après un séjour de quelques semaines dans le service de M. Dujardin-Baumetz.

A l'examen, le ventre est tuméfié, dur, tendu, excessivement douloureux à la pression. Une palpation légère fait sentir, autour de l'ombilic, des masses dures, légèrement mobiles, donnant la crépitation amidonnée. Les fosses iliaques sont remplies par des masses dures, arrondies, mal limitées, remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic du côté gauche, un peu moins haut du côté droit. Ces mêmes masses sont facilement accessibles par le toucher vaginal dans les culs-de-sac postéro-latéraux; l'utérus est petit et peu mobile. Par le palper combiné au toucher, on délimite à gauche une masse répondant aux annexes, du volume des deux poings et vaguement fluctuante. Les douleurs abdominales sont très vives, continues, avec exacerbation nocturne et nécessitent des piqûres de morphine.

La respiration est rude et basse au sommet du poumon droit, sans craquement.

Le diagnostic est hésitant entre péritonite chronique tuberculeuse et kyste végétant des deux ovaires avec généralisation péritonéale. Je laisse la malade aux soins de M. Potherat, chargé de mon remplacement pendant les vacances.

Le 22 août, M. Potherat pratique la laparotomie. La paroi abdominale incisée, on tombe sur la masse intestinale absolument formée de granulations tuberculeuses; les anses intestinales sont totalement adhérentes entre elles et à l'épiploon. Quelques grammes d'ascite sont retirées avec des compresses. On sent à travers les anses intestinales agglutinées des masses dures, volumineuses, répondant aux annexes. On essaie de détruire quelques adhérences intestinales; mais après quelques tentatives inutiles qui menacent d'entraîner la déchirure de

l'intestin, on referme le ventre avec trois points de suture, en laissant une mèche de gaze iodoformée. — Suites opératoires simples.

A mon retour, en octobre, je trouve la malade transformée; le ventre est très souple, nullement douloureux ; les grosses masses périombilicales et iliaques ont, pour ainsi dire, fondu; on ne sent plus que quelques indurations profondes, notamment dans la fosse iliaque droite. Par le toucher vaginal, on constate que les masses péri-utérines ont presque totalement disparu et que l'utérus est redevenu mobile. L'appétit est revenu; l'état général est très bon.

Le 10 octobre apparaissent les règles, supprimées depuis le mois de mars, et elles durent pendant trois jours.

La malade se plaint seulement d'une céphalée siégeant surtout à gauche, survenue depuis l'opération et s'exagérant principalement pendant la nuit. Au point de vue abdominal, le résultat est aussi satisfaisant que possible et dépasse toutes les prévisions et tout espoir.

De faits personnels aussi peu nombreux et même des observations multiples recueillies par les divers auteurs, il est encore difficile de tirer des conclusions et des indications générales pour le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. Je me contenterai de résumer les observations précédentes dans ces quelques propositions :

1° Chez la femme, la péritonite tuberculeuse semble avoir souvent son point de départ dans une tuberculose des trompes. Cette tuberculose salpingée peut s'accompagner d'infection du péritoire pelvien et de la formation d'une ascite dont l'origine a dû être souvent méconnue;

2° Dans cette forme ascitique, si la guérison spontanée, médicinale, semble possible, il n'en reste pas moins démontré que la laparotomie donne les meilleurs résultats, en supprimant un foyer de tuberculose locale et le liquide ascitique qui l'accompagne;

3° Dans la forme de péritonite tuberculeuse sèche, l'indication opératoire est moins formelle, d'autant plus que la guérison spontanée est possible. Toutefois, on sera autorisé à opérer si les poumons sont intacts, si l'état général est bon et si l'affection s'accompagne de douleurs ou de troubles. Les résultats actuels de la laparotomie en pareil cas sont faits pour autoriser cette conduite.

M. Bazy. Quatre fois j'ai eu l'occasion d'intervenir chez des malades atteintes de péritonite tuberculeuse et j'ai pu vérifier l'exactitude des données fournies par notre collègue M. Bouilly. Chez mes malades, le point de départ de la lésion était dans une affection des trompes qui renfermaient des masses caséeuses, et autour desquelles se trouvaient des exsudats adhérents aux parois du bassin. Il y avait, sauf dans un cas, une ascite considérable, et, dans tout le petit bassin, des granulations confluentes qui dimi-

nuaient de nombre dans la grande cavité abdominale. Dans tous ces faits le diagnostic a été vérifié, non seulement par l'examen histologique, mais encore par des inoculations positives. De ces quatre malades, deux ont été perdues de vue, les deux autres ont pu être suivies. Chez l'une, l'opération date de quatre ans, et la guérison persiste; toutefois, un an après l'intervention, on dut avoir recours à une nouvelle ponction, l'ascite s'étant reproduite. Chez la seconde malade, la guérison date de deux années. Quant à la guérison spontanée de la péritonite tuberculeuse, je la crois possible; j'ai eu l'occasion de pratiquer, il y a un an et demi, la ponction d'une ascite énorme datant de l'âge de 10 ans, chez une jeune fille de 22 ans. Elle avait été vue, au début de sa maladie, par notre collègue des hôpitaux, M. Desnos, qui avait formulé le diagnostic de carreau. Au moment où je la vis, elle était très bien portante, toute trace de tuberculose avait disparu chez elle; elle était seulement gênée mécaniquement par cette ascite volumineuse. Depuis l'évacuation du liquide qui présentait l'apparence chyleuse, cette jeune fille est restée guérie.

Rapport.

De la résection veineuse dans les cas de thrombose pour parer aux accidents emboliques, par le Dr Isch-Wall.

Rapport par M. Paul Reynier.

Messieurs, dans ces derniers temps un certain nombre d'opérations portant sur le système veineux, abandonnées à cause des dangers qu'elles présentaient, ont pu, grâce à l'antisepsie, être reprises avec succès. C'est ainsi qu'en plusieurs circonstances j'ai parlé dans cette Société des heureux résultats obtenus par la résection des veines dans le traitement des varices.

Mais jusqu'à présent si on s'était attaqué au système veineux malade, on avait choisi de préférence le moment où la période inflammatoire était passée. M. le Dr Isch-Wall vient au contraire, de nous lire une observation où, pour combattre de graves accidents, des embolies qui menaçaient la vie de son malade, il est intervenu en pleine période inflammatoire. Comme je ne crois pas que l'on ait jusqu'ici pratiqué, de propos délibéré, des opérations dans des cas analogues, je rapporterai en entier cette observation qui m'a paru intéressante.

M. Dup... vint trouver le 22 avril dernier M. le Dr Isch-Wall pour lui montrer un volumineux paquet de varices enflammées siégeant à la partie supérieure du mollet gauche. M. le Dr Isch-Wall prescrivit ce

que nous prescrivons en pareille circonstance, le repos au lit, l'enveloppement du membre dans de la ouate.

Malgré ces précautions il ne tarda pas à voir la veine saphène interne envahie par la phlébite : elle se dessina comme un cordon dur remontant plus haut chaque jour et la peau qui la recouvrait prit une teinte d'un rouge bronzé.

En même temps que cette phlébite gagnait du terrain, la fièvre s'allumait. Chaque soir le malade avait 40°, et la rémission du matin ne dépassait pas un degré. La jambe malade fut placée dans une gouttière, et enveloppée de compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque.

Malgré ces précautions, le 29 avril, M. D... fut pris subitement de crachements de sang, accompagnés d'une vive douleur dans la poitrine et de lipothymie. Avec le Dr Pignol, qui vit le malade à ce moment, M. Isch-Wall diagnostiqua sans peine en présence de ces symptômes, une embolie pulmonaire que l'auscultation confirmait.

Mais un souffle à la base du cœur, une accélération très notable du pouls firent admettre à nos confrères qu'un caillot restait encore engagé dans l'artère pulmonaire.

La saphène interne à ce moment était entièrement remplie par un caillot qui atteignait l'embouchure de cette veine. La fièvre persistait.

Dans les jours suivants, de nombreuses crises d'apoplexie pulmonaire se produisirent, accompagnées des mêmes phénomènes que nous venons de mentionner, et il n'y eut pas de doutes que de nouveaux caillots se détachaient de la saphène.

Le caillot qui remplissait la saphène était, en effet, inégalement dur, et paraissait au toucher fragmenté.

Dans ces conditions M. Isch-Wall pensa que pour arrêter ces embolies successives, et mettre un terme à ces accidents menaçants pour la vie de son malade, le mieux était d'aller réséquer la saphène là où le caillot paraissait finir, c'est-à-dire au niveau de son embouchure dans la veine fémorale.

Il me demanda mon avis, et j'acceptai entièrement sa manière de voir, et l'engageai fort à donner suite à son projet.

L'opération fut pratiquée le 6 mai, le malade était anhélant, crachait du sang, et avait encore une température élevée, 39°.

Après anesthésie cocaïnique (2 centigr. de cocaïne), il mit à nu la saphène sur une longueur de 10 centimètres, et plaça un fil sur le vaisseau à 2 centimètres de son embouchure. Après avoir placé un fil à 10 centimètres plus bas, il réséqua toute la portion de la veine comprise entre les deux ligatures. Chemin faisant, il posa des fils sur deux petites collatérales; et après avoir réuni la peau, il fit un pansement à l'aristol. Inutile de dire que l'antisepsie la plus rigoureuse avait été suivie.

Dans la portion de veine qu'il avait enlevée, existait une masse caillebotée, de consistance encore assez fluide pour expliquer la persistance des embolies.

Deux jours après cette opération, la température du malade était

normale. Les hémoptysies avaient cessé; et il n'avait plus que des crachats sanguinolents rouges, qui ne tardèrent pas à prendre des teintes de vieux sang.

Les phénomènes stéthoscopiques montraient alors au Dr Pignol et au Dr Isch-Wall, la régression des infarctus, qui se produisit sans complication. Cette régression facile serait, d'après nos confrères, due en partie aux injections sous-cutanées de gaiacel, qui produit une sorte d'antisepsie pulmonaire. La jambe du malade fut alors laissée libre dans le lit. La disparition des caillots, ou mieux leur organisation, et leur rétraction fut lente dans la saphène, rapide au contraire dans le paquet variqueux.

La jambe et surtout le pied qui avaient été très œdématiés après l'opération, mais qui l'étaient beaucoup avant, reprirent assez vite leur volume normal, car le 4 juin, M. D... put partir à la campagne chaussé de bas à varices.

Telle est cette observation, qui montre, ainsi que le dit en terminant M. le Dr Isch-Wall, que le chirurgien n'est pas désarmé contre les accidents des phlébites variqueuses, ou autres.

Je m'associe entièrement à cette manière de voir. Loin de critiquer, je ne saurais qu'approuver la conduite suivie par notre confrère, tout prêt en pareil cas à l'imiter en présence en effet d'une veine superficielle, oblitérée par la thrombose, que cette thrombose survienne dans des veines variqueuses, ou soit due à une phlébite infectieuse, comme à la suite de couches, il est, je crois, prudent de prévenir par une résection, les accidents formidables qui menacent en pareil cas les malades. Tenant compte de la bénignité de ces résections veineuses, on sera de plus en plus disposé à regarder cette intervention comme louable, si on remarque qu'à la suite de ces résections, généralement les fonctions du membre variqueux sont améliorées. Depuis plus de deux ans que je pratique pour varices les résections, j'ai eu souvent à constater longtemps après l'opération ces améliorations, et je rappelle qu'ici je vous ai présenté un certain nombre de malades chez lesquels on pouvait les constater. Par conséquent, bénignité de l'opération, résultat consécutif fonctionnel favorable, tout plaide en faveur de cette opération qui peut éviter au malade de gros accidents.

Discussion.

M. Quénu. Il me semble que la partie la plus originale du travail de M. Isch-Wall, c'est l'idée qui consiste à lier et à réséquer les veines pour combattre les complications d'embolie. M. Reynier pense qu'on n'avait pas jusqu'ici mis en usage la ligature et la résection des veines contre la phlébite; cependant, déjà en 1870, Maurice Raynaud proposait de lier la veine crurale pour s'opposer

à la production de l'infection purulente. Dernièrement on a proposé de lier et d'inciser les veines contre la phlébite variqueuse. Moi-même il y a deux ans, pour des varices de l'épaule, j'ai fait l'extirpation des veines malades en pleine inflammation. Souvent nous agissons de même pour les hémorroïdes, et c'est une conduite constamment mise en pratique par les chirurgiens anglais.

M. Terrier. Il y a longtemps déjà qu'on a préconisé la ligature des veines dans les phlébites suppurées. Pendant mon séjour à l'école d'Alfort, j'ai vu souvent pratiquer, et j'ai pratiqué moi-même, la ligature et la résection de la veine jugulaire interne chez des chevaux pour arrêter la phlébite qui se montrait à la suite de la saignée. Il est certain que les vétérinaires avaient emprunté cette pratique à la médecine humaine.

M. Reclus. Peut-être M. Reynier trouverait-il dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* pour 1877 une observation analogue à celle de M. Isch-Wall, et appartenan à M. Rigaud (de Nancy). Comme M. Quénu, j'ai fait souvent la résection dans des hémorroïdes enflammées. On a pratiqué aussi la ligature de la veine jugulaire interne pour lutter contre les complications de l'otite moyenne.

M. Chauvel. Je désirais justement rappeler à la Société la ligature et la résection de la veine jugulaire dans les phlébites suppurées compliquant l'otite moyenne.

M. Terrier. On a même pratiqué la trépanation et le curettage du sinus latéral.

M. Reynier. Évidemment la partie la plus originale du travail de M. Isch-Wall, c'est celle qui a trait à la ligature employée pour combattre les accidents emboliques; quant à la ligature daus le cours de la phlébite, on n'a pas généralement agi sur une aussi grande étendue de veine que M. Isch-Wall, qui a fait porter la ligature et la résection à la partie supérieure même de la veine saphène interne.

Élection.

Au cours de la séance, il est procédé à la nomination d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

Sont nommés : MM. Th. Anger, Bouilly, Michaux.

La séance est levée à 5 heures moins 10 minutes.

Le Secrétaire annuel, E. Kirmisson.

CÉLÉBRATION DU CINQUANTENAIRE
DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
le mercredi 25 octobre 1893.

Le mercredi 25 octobre 1893, à 4 heures, la Société de chirurgie de Paris s'est réunie dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, mis obligeamment à sa disposition par M. le doyen Brouardel, pour y célébrer l'anniversaire de la cinquantième année de sa fondation.

La présidence d'honneur avait été décernée à M. le Dr Marjolin, membre fondateur. M. le professeur Verneuil présidait la séance.

Sur l'estrade avaient pris place, à côté des membres du bureau de la Société pour l'année 1893, M. le doyen Brouardel, M. le Dr Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, M. Spencer Wells (de Londres), M. le baron Larrey, M. le professeur Thiriar (de Bruxelles), M. Alphonse Guérin, M. Jaques Reverdin (de Genève), M. le Dr Eugène Bœckel (de Strasbourg).

La Société médico-pratique s'était fait représenter par son bureau.

M. le Dr Marjolin ouvre la séance par l'allocution suivante :

Monsieur le Doyen,

Mes premières paroles seront pour vous remercier de nous avoir donné, pour célébrer le cinquantenaire de la fondation de la Société de chirurgie, l'hospitalité dans cette Faculté si glorieuse par son passé et non moins grande aujourd'hui par la réunion des illustres professeurs dont les cours sont suivis par une foule d'étudiants de tous les pays.

Pourquoi faut-il que cette solennité soit troublée par la perte si inattendue de notre cher collègue Léon Le Fort, emporté subitement dans la plénitude de son talent.

Rendons un hommage public à sa mémoire en nous inclinant avec respect devant la douleur de sa famille et ce nouveau deuil de la Faculté.

Dans un instant, M. le professeur Verneuil, présidant cette séance, et le Dr Charles Monod, notre secrétaire général, le digne fils de Gustave Monod, un des fondateurs de cette Société et un de mes maîtres, vous diront, avec ce talent qui leur est habituel, tout ce que la Société de chirurgie a fait dans ce siècle de merveilles et comment, profitant des admirables découvertes et des travaux immortels de

Pasteur, de Lister et de tant d'autres savants, elle est entrée hardiment dans la voie du progrès et s'est promptement placée au premier rang des Sociétés savantes.

Mais auparavant souhaitons la bienvenue à nos chers et illustres confrères de l'étranger et de la France dont la présence donne un nouvel éclat à cette fête ; nous avons hâte de les entendre pour les applaudir.

Voici la réponse de M. Brouardel à l'allocution précédente :

Messieurs,

Je suis très touché des remerciements que M. Marjolin adresse à la Faculté de médecine. Toujours disposée à offrir l'hospitalité la plus libérale aux Congrès et aux Sociétés qui n'ont en vue que le progrès scientifique, la Faculté est particulièrement heureuse aujourd'hui de recevoir la Société de chirurgie et de fêter avec elle ses glorieuses noces d'argent.

Mais si j'accepte en son nom le témoignage de gratitude qui lui est offert, ne dois-je point à mon tour remercier votre vénéré président d'honneur, M. Marjolin, ce bienfaiteur du corps médical? N'a-t-il point enrichi aux dépens de la sienne la bibliothèque de la Faculté? Il a fait davantage. Le cabinet du doyen est orné d'une pendule magnifique dont le prix matériel vaut moins encore que les souvenirs qu'elle rappelle. Laissez-moi donc, dès l'ouverture de cette séance et avant que les discours officiels ne soient commencés, affirmer une gratitude au moins réciproque et m'associer au respectueux hommage que la Société de chirurgie vient offrir en ce jour à M. Marjolin, l'un de ses fondateurs.

M. le président Verneuil donne ensuite la parole à M. Monod, Secrétaire général de la Société de chirurgie, qui fait connaître les noms des membres associés et correspondants étrangers, ainsi que ceux des membres correspondants nationaux, qui se sont excusés de ne pouvoir assister à la séance.

Se sont excusés de ne pouvoir assister à la séance :

Associés étrangers.

Albert (Vienne).
Bryant (Londres).
Cheever (Boston).
Holmes (Londres).
Lister (Londres)
Longmore (Southampton).
James Paget (Londres).
Rossander (Stockholm).
Saxtorph (Copenhague).
Socin (Bâle).
Soupart (Gand).
Sklifossowsky (Moscou).
Slaviansky (Saint-Pétersbourg).
Thompson (Londres).
Tilanus (Amsterdam).

Correspondants étrangers.

Bardeleben (Berlin).
Billroth (Vienne).
Bloch (Copenhague).
Brodhurst (Londres).

Ceccherelli (Parme).
Chiene (Edimbourg).
Crocq (Bruxelles).
Esmarch (Kiel).
Galli (Lucques).
Jamieson (Shanghaï).
Julliard (Genève).
Kocher (Berne).
Kousmine (Moscou).
Krassowski (Saint-Pétersbourg).
Kummer (Genève).
Lucas (Clément) (Londres).
Mayor (Genève).
De Mooÿ (La Haye).
Plum (Copenhague).
Reverdin (Aug.) (Genève).
Romniceanu (Bucarest).
Rose (Berlin).
Rouge (Lausanne).
De Saboïa (Rio-Janeiro).
Sangalli (Pavie).
Saltzmann (Helsingfors).
Saxtorph (Sylvester) (Copenhague)
Simon (John) (Londres).
Stimson (Lewis) (New-York).
Studsgaard (Copenhague).
Vlaccos (Mytilène).
Zancarol (Alexandrie).

Correspondants nationaux.

Arlaud (Toulon).
Auffret (Rochefort).
Baizeau (armée).
Bœckel (Jules) (Strasbourg).
Bouchacourt (Lyon).
Bousquet (Clermont-Ferrand).
Cerné (Rouen).
Chapplain (Marseille).
Charvot (armée).
Chédevergne (Poitiers).
Chipault (Orléans).
Claudot (armée).
Combalat (Marseille).
Dauvé (armée).
Delacour (Rennes).
Delagénière (Le Mans).
Demons (Bordeaux).
Demmler (armée).
Desgranges (Lyon),
Dieu (armée).
Dubreuilh (Bordeaux).
Duret (Lille).
Folet (Lille).
Fontan (Toulon).
Gaujot (armée).
Gripat (Angers).
Gellé (Provins).
Guermonprez (Lille).
Hache (Beyrouth).
Hergott (Nancy).
Heydenreich (Nancy).
Hue (Judes) (Rouen).
Lanelongue (Bordeaux).
De Larabrie (Nantes).
Largeau (Niort).
Le Clerc (Saint-Lô).
Linon (armée).
Monprofit (Angers).
Monteils (Mende).
Mourlon (armée).
Nepveu (Marseille).
Ovion (Boulogne-sur-Mer).
Pamard (Avignon).
Patry (Saint-Maur).
Pauzat (armée).
Phocas (Lille).
Pilate (Orléans).
Poisson (Nantes).
Poncet (Lyon).
Pousson (Bordeaux).
Queirel (Marseille).
Rochard (marine).
Rohmer (Nancy).
Roux (Marseille).
Sirus-Pirondi (Marsoille).
Schmit (armée).
Surmay (Ham).
Turgis (Falaise).
Viard (Montbard).
Villeneuve (Marseille).
Vincent (Alger).

Membres honoraires résidant en province.

Dubreuil (Montpellier).
Ollier (Lyon).
Paulet (Montpellier).
Poncet (Vichy).

D'autres lettres d'excuse ont encore été envoyées par M. le Dr Colin, médecin inspecteur général de l'armée; par M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique; par M. Masson, éditeur de la Société de chirurgie.

Des télégrammes de félicitation ont été adressés à la Société par le Dr Ebermann, membre honoraire de la Société de chirurgie de Pirogoff; par le professeur Kousmine (de Saint-Pétersbourg) et le professeur Sylvester Saxtorph (de Copenhague).

Un long et chaleureux télégramme est adressé par le professeur Sklifossowsky, au nom de la Société de chirurgie et du corps médical entier de Moscou.

En s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, le professeur Rose (de Berlin) ajoute : « Ayez l'obligeance de bien vouloir en exprimer mes regrets, ainsi que l'assurance de ma considération distinguée et mes félicitations à MM. les présidents de votre illustre Société, qui a tant contribué aux progrès de notre science chirurgicale. »

Le Dr Salzmann (d'Helsingfors) adresse à la Société de chirurgie de Paris ses sincères félicitations pour son jour d'honneur « qui achève un demi-siècle de travaux aussi utiles qu'illustres et qui certainement sera le point de départ d'un avenir plein de succès et d'honneur scientifique ».

Le professeur Bardeleben (de Berlin) écrit : « Je suis d'autant plus désolé de ne pouvoir me rendre à votre aimable invitation que j'ai assisté pour ainsi dire à la naissance de votre Société. J'ai passé à Paris presque toute l'année 1843 pour faire des études chirurgicales sous les yeux des Blandin, A. Bérard, Ph. Roux, Breschet, Jobert, Lisfranc, Velpeau, Malgaigne, Chassaignac, vénérables maîtres pour lesquels je garderai toujours la plus profonde reconnaissance. »

Le professeur Billroth (de Vienne) termine sa lettre par ces mots : « Vivat, floreat, crescat Societas chirurgorum lugdunensium ! »

Dans sa lettre au président, le professeur Albert (de Vienne) s'exprime ainsi : « Je regrette vivement de ne pouvoir assister à cette séance si remarquable; mais, pour marquer le caractère solennel du jour, je prononcerai dans ma clinique un discours sur le développement de la chirurgie française dans le demi-siècle passé. C'est ainsi que je serai réuni en pensée avec la célèbre Société. »

Une adresse imprimée a été envoyée par la Société de chirurgie russe de Pirogoff, qui, par un vote spécial, avait décidé qu'elle prendrait pat de cette façon à la délibération du cinquantenaire de la Société de chirurgie.

M. le président VERNEUIL prend ensuite la parole et prononce l'allocution suivante :

ALLOCUTION DE M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Chers Collègues, chers Amis, et si j'ose le dire pour bon nombre d'entre vous, chers Disciples !

C'est un grand honneur pour moi de vous présider une fois encore, dans une journée qui, depuis celle de sa fondation, tient certes la plus grande place dans l'histoire de notre Société, journée qui attesterait sans autre preuve sa robuste vitalité et lui présage une durée sinon sans fin, rien n'étant éternel ici-bas, au moins une survie que nul danger ne menace.

Bien qu'en vérité je n'y aie aucun droit — puisque je suis entré dans la Société neuf années après sa fondation ; puisque deux de ses fondateurs vivent encore, ainsi que deux anciens présidents, l'ayant dirigé l'un dix-sept et l'autre neuf années avant moi ; puisque enfin deux honoraires sont mes aînés — j'accepte cet honneur avec gratitude. C'est que je le regarde comme la récompense de l'attachement constant, profond et sans bornes, que j'ai voué à votre célèbre Compagnie, dont je fais partie depuis quarante et un ans, où j'ai toujours été écouté avec indulgence et bienveillance d'abord, avec sympathie plus tard, et aujourd'hui encore, à la fin de ma carrière, avec une déférence dont je suis vivement touché, à laquelle enfin je consacrerai de grand cœur une partie de mon labeur, tant qu'il aura quelque prix.

Mon assiduité à vos réunions a eu pour moi de grands avantages, entre autres celui de me permettre de voir, soit à leur âge mûr, soit en pleine gloire, soit à leur début, ceux qui, dans la plus grande partie de ce siècle, ont été, sont à cette heure ou deviendron bientôt les maîtres incontestés et les dignes représentants de la chirurgie française.

J'ai connu et admiré, j'ai pu voir à l'œuvre et juger la plupart des hommes éminents qui ne siègent plus parmi nous, soit que la mort les ait frappés, soit qu'ils prennent un repos mérité après avoir, ici, payé un large tribut.

Plusieurs, et j'en suis fier, car ils étaient des meilleurs, m'ont

accordé leur amitié, pour le moins leur estime, et je les ai approchés de si près dans la vie privée et publique, que j'en pourrais être facilement le biographe. En tout cas, en comparant leur œuvre et celle des contemporains vivants ou militants, je me suis demandé, en toute sincérité, à diverses époques, et me demande à cette heure encore, si notre Compagnie est en progrès, au *statu quo*, ou en déchéance.

Certes, j'ai constaté que l'activité de la tribune ne s'était point ralentie, pas plus que la productivité littéraire, car nos *Bulletins* annuels, depuis plus de quinze ans, sont presque trois fois plus étendus que dans les périodes antérieures. On travaille donc incontestablement plus; reste à savoir si l'ouvrage actuel est supérieur, égal même, à l'ancien.

Or, sans contester l'intérêt des documents récemment édités, sans blâmer la direction générale donnée aux travaux des dernières années, ni proclamer la supériorité absolue de l'ancien programme sur le nouveau, je me permettrai de dire qu'on a peut-être trop délaissé plusieurs éléments du premier, et par trop cultivé, je le crains, certaines parties du second.

Je prendrai quelques exemples :

Jadis, nous avions sans cesse à notre ordre du jour quelques questions vastes ou ardues, que n'auraient jamais pu résoudre ni l'expérience même très grande, ni l'effort momentané, même très puissant d'un homme isolé, mais qui s'éclairaient lentement, sûrement, grâce à l'accumulation patiente et intégrale de faits bien observés, sincèrement relatés, longtemps suivis et fournissant matière à des débats substantiels, consciencieusement préparés, d'où découlaient d'elles-mêmes, pour ainsi dire, des conclusions d'une égale importance théorique et pratique.

Je citerai presque au hasard les longues discussions sur le chloroforme, les anévrismes, les hémorragies et l'hémostase, la coxalgie, les polypes naso-pharyngiens, l'hygiène des hôpitaux, etc.

Aujourd'hui, si l'on en excepte les laparotomies diverses, sur lesquelles semblent se concentrer toute l'ardeur et tout l'intérêt de la chirurgie et dont les histoires remplissent des volumes, on paraît avoir renoncé à des enquêtes minutieuses et instructives qui contribuèrent si puissamment à perfectionner notre science et c'est, je vous l'assure, bien grand dommage, car, si vous songez aux résultats que produirait, sur une question donnée, si difficile qu'elle fût, l'effort calculé et prolongé des trente-cinq titulaires secondés par les deux cents honoraires ou correspondants, il n'est, je suppose, guère de ténèbres qui ne seraient dissipées, ni de problèmes qui ne seraient résolus!

Parmi les fonctions des Sociétés savantes, il en est qui jouent, dans leur organisme, un rôle de premier ordre ; je veux parler de la critique et du contrôle qu'elles doivent exercer sur les travaux qui leur sont soumis et sur ceux même qu'elles peuvent, par voie indirecte et en vertu de leur pouvoir discrétionnaire, soumettre à leur juridiction. Je fais allusion en ce moment, aux rapports sur les présentations faites par les candidats ou sur quelques idées originales et discutables émises par les sociétaires eux-mêmes. Si vous parcourez les volumes de nos premières séries, vous serez frappés du soin que les rapporteurs mettaient à accomplir une tâche, assez ingrate le plus souvent. Nombre de ces modestes travaux sont des chefs-d'œuvre où la critique, l'érudition, le jugement sain et le sens pratique brillent tour à tour. A ces exposés lucides, les autres membres s'empressaient de répondre avec un zèle égal et un même désir d'arriver à une solution. Après la lecture du rapport, on échangeait quelques observations, mais, le plus souvent, on ajournait le débat et dans les séances suivantes, quelquefois plusieurs semaines durant, on entendait des discours étudiés, mûris, où toutes les opinions se faisaient jour et où se formulaient quantité d'idées originales émanant du cerveau d'hommes intelligents et instruits. En vérité, je connais peu de lectures plus attachantes et plus suggestives, si j'emploie ce terme à la mode, que celle de ces plaidoiries scientifiques, lesquelles, sans avoir disparu de nos *Bulletins*, sont devenues, j'ai le regret de le dire, de plus en plus rares, de moins en moins lumineuses; et je ne suis pas le seul qui ait fait cette pénible constatation ; l'un de vos derniers présidents, M. Terrier, qu'on n'accusera certes pas d'encourager le verbiage et d'aimer les débats prolixes et creux, mais qui ne craint pas de dire ce qu'il pense, regrettait que, dans les travaux de la Société, « les longs mémoires aient disparu, les longs discours aussi, remplacés par des exposés de faits, des discussions statistiques, des relations d'opérations ou de procédés opératoires » ; il demandait, lui aussi, des discussions très sérieuses, reportées aux séances suivantes, pour qu'on ait le temps de réunir les matériaux, de les condenser et d'en tirer le meilleur parti possible.

Pour ma part, je suis convaincu, avec notre collègue, que ce retour aux anciens errements est indispensable « pour conserver intacte la valeur de notre Compagnie et faciliter son évolution scientifique [1] ».

Grâce à la libéralité de quelques-uns de nos anciens collègues,

[1] Séance du 20 janvier 1892 (*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, t. XVIII, p. 3).

Gerdy, Laborie, Demarquay, Ricord, nous disposons de prix assez importants pour récompenser les efforts des jeunes travailleurs qui, non encore opprimés par les servitudes de la pratique, peuvent consacrer leur temps à des travaux théoriques de critique, de compilation, d'érudition, à des expériences de laboratoire, à des recherches d'amphithéâtre. Il y a quelques années, lorsque je faisais partie des commissions, nous étions tacitement convenus de poser des questions telles que certaines parties de la science chirurgicale fussent toujours cultivées. Nous avions ainsi décidé d'attribuer le prix Gerdy à des travaux d'érudition, le prix Demarquay à l'étiologie et à la pathogénie, enfin nous insistions sur une des clauses de la donation Laborie exigeant qu'un de ses prix fût régulièrement et périodiquement attribué à l'étude des suites éloignées des opérations chirurgicales, afin que fût soigneusement conservée dans notre pays cette belle et féconde conception qui a fait la gloire de notre grand Malgaine.

J'ai parfaitement souvenir qu'à diverses reprises, les concurrents ont donné satisfaction à nos désirs et répondu à notre appel; mais si j'en crois des renseignements de fraîche date : œuvres érudites, travaux étiologiques et pathogéniques dont la nécessité est pourtant plus pressante que jamais, renseignements précis sur les destinées des anciens opérés, tout ou peu s'en faut a disparu de notre programme et notre *palmarium* lui-même menace de rester en blanc, le combat finissant faute de combattants, c'est-à-dire le concours faute de concurrents.

Il y a là un abandon auquel, pour notre honneur comme dans notre intérêt, il conviendra de remédier.

Le délaissement des travaux de critique et d'histoire serait d'autant plus inexcusable que l'esprit français, lucide et pénétrant, est particulièrement apte à produire des modèles parfaits d'érudition sans prétention, sans pédantisme et à forme littéraire éveillant la curiosité, l'intérêt en chassant la somnolence, et si quelqu'un protestait contre cette déclaration quelque peu chauvine, j'en conviens, je rappellerais ce qu'ont fait les élèves et les continuateurs de Malgaigne, entre autres Broca, Le Fort, et ce que font, à cette heure encore, les rares fervents de ces nobles études.

Je montrerais qu'à l'honneur de notre Compagnie, les splendides éditions nouvelles de Guy de Chaubac, d'Henri de Mondeville, de Méry et bientôt sans doute de Littré, sont dues au dur labeur de deux d'entre nous, quasi seuls représentants de la grande érudition chirurgicale, le savant docteur Nicaise, l'un de nos anciens présidents, et M. le docteur Petit, notre laborieux bibliothécaire.

J'ai même ici l'agréable mission de vous faire hommage d'une brochure fort intéressante, reproduisant les premiers statuts des

chirurgiens de Paris de la confrérie de Saint-Côme et Saint-Damien. Ce qui double à nos yeux la valeur de cet opuscule, c'est que M. Nicaise l'a écrit spécialement pour nous, en l'honneur de notre cinquantenaire, et qu'à ce seul titre il mérite nos vifs remerciements.

Avec de tels modèles, ne serait-il pas lamentable de laisser passer en d'autres mains un sceptre si glorieusement tenu par notre Société ?

Après avoir signalé ce qu'à mon avis l'on ne fait plus assez, je dirai en toute franchise, suivant mon habitude, ce qu'en revanche l'on fait trop, je crois.

Au lieu de cultiver, comme jadis, le champ tout entier de la pathologie externe, avec incursions fructueuses dans la pathologie générale, la physiologie et l'anatomie pathologiques ; en supposant peut-être que ce champ, partout défriché, est privé de toutes ses mauvaises herbes : préjugés, erreurs, obscurités, lacunes, on tend à s'enfermer de plus en plus dans le cercle restreint de la thérapeutique sinon même de la technique opératoire. D'indications et contre-indications, de résultats éloignés : améliorations ou aggravations, de retentissement favorable ou fâcheux sur l'organisme sain ou taré, de prophylaxie, de moyens propres à assurer des guérisons durables, en vérité on ne parle plus guère.

De telle sorte que le chirurgien semble ne plus apparaître que tenant à la main le bistouri sauveur, cherchant par où et comment il le fera pénétrer jusqu'aux foyers morbides, multipliant les procédés sans trop se soucier, par confiance dans sa dextérité et dans l'antisepsie, de les rendre plus simples et moins périlleux, ne s'attardant pas à mettre en parallèle la temporisation et l'action, les procédés lents, doux, peu brillants, mais bénins, avec les procédés rapides, violents, qui restent et resteront toujours périlleux, les opérations palliatives et les opérations radicales au pronostic si différent, se préoccupant surtout du succès opératoire et confiant à la bonne nature la lourde charge du succès thérapeuthique, vivant enfin dans l'illusion actuellement régnante de l'innocuité quasi absolue de l'intervention, âge d'or de la chirurgie armée.

Voilà pour les apparences, car je n'entends pas dire, notez-le bien, que la chirurgie conservatrice est devenue lettre morte, qu'on verse le sang sans réserve, à tort et à travers, car je sais et vous aussi qu'on guérit fort bien les arthrites sans arthrotomie, résections, ni amputations ; qu'en notre pays, du moins, on n'extirpe pas souvent les goitres, qu'on guérit si fréquemment avec l'iode et la seringue de Pravaz ; que les corps fibreux de la matrice sont, dans la grande majorité des cas, tenus en respect et guéris même avec l'ergotine, l'eau chaude et les thermes salins ; qu'enfin

les intempérances de la gynécologie se modèrent et finiront par disparaître. Mais ce qui me surprend, c'est que les apôtres, encore nombreux, Dieu merci, de la conservation, de la temporisation, de la sagesse, de la prudence, de la chirurgie médicale ou de la médecine chirurgicale, si je puis associer ces deux mots, gardent si timidement le silence, ne protestent pas davantage et défendent si mollement et si mal leur belle cause, comme s'ils rougissaient vraiment de mettre trois ou six mois à guérir sans coup férir, sans danger ou avec les *acta minoris periculi*, de sérieuses maladies que d'autres croient indispensable de traiter par de graves opérations.

Que dans votre enceinte donc, les conservateurs, dussent-ils être traités de réactionnaires, reprennent hardiment la parole ou la plume pour tempérer les ardeurs excessives de la pratique et signaler les écueils semés sur son chemin ; qu'ils s'organisent en une sorte de Droite constitutionnelle, de Sénat modérateur si vous voulez, et l'on verra bien autour de nous et au dehors où l'on ne nous juge pas toujours avec bienveillance, que la chirurgie française n'a perdu aucune de ses qualités maîtresses et que ses représentants actuels sont, comme toujours, prudents, instruits, humains, économes de la vie d'autrui et aussi fidèles serviteurs de la science que rompus aux difficultés de son application.

Chers Collègues !

De grâce, veuillez ne pas croire dictés par un vain désir de critique, les reproches tout paternels que mon grand âge, mon expérience et mes bonnes intentions m'autorisent à vous adresser.

Votre Société est l'aînée de toutes celles du même genre qui ont été fondées dans le cours de ce siècle. Or, il ne faut pas qu'elle soit seulement la plus ancienne, mais bien aussi la plus active, la plus féconde, la plus savante, la plus avancée dans toute les voies du progrès, ainsi que la plus irréprochable et la plus accomplie. A cette condition, son autorité légitime restera acceptée, incontestée, mais ne faites rien pour la compromettre et ne vous laissez distancer par personne.

Étant assez nombreux pour résumer toutes les aptitudes, toutes les tendances, aborder tous les sujets, représenter toutes ces spécialités qui morcellent notre art, vous pouvez et devez constituer une véritable encyclopédie vivante.

Craignez surtout que de grands succès pratiques vous enivrent et vous fassent dédaigner les triomples scientifiques plus précieux encore. Les premiers, sans doute, augmenteront votre crédit et

répandront votre renommée de par le monde ; par eux vous serez déclarés utiles au moins pour vos contemporains, mais par les seconds seuls vous parviendrez à la vraie gloire, et sans attendre votre centenaire serez justement proclamés illustres et bienfaiteurs de l'humanité tout entière.

Pourquoi faut-il que la solennité présente, qui devrait être tout empreinte de joie et de sérénité, soit, hélas ! attristée par un événement aussi cruel qu'imprévu : la mort du professeur Le Fort, l'un des membres les plus instruits et jadis les plus assidus de notre Compagnie ?

Il y a huit jours, plein de santé en apparence, il présidait l'Académie ; deux jours plus tard, alors qu'il se disposait à fêter avec nous nos confrères russes, il était brutalement frappé par la mort.

Les sociétés scientifiques auxquelles M. Le Fort appartenait entendront son éloge et le juste hommage rendu à ses travaux.

Je ne veux donc ici que rappeler sans retard ses grandes qualités de savant, de praticien, d'homme privé, sans peur et sans reproche.

Et je crois être votre interprète en transmettant, à sa famille en deuil, l'expression de nos profonds regrets et de notre vive sympathie.

Mais je ne voudrais pas vous laisser sous l'impression de cette trop douloureuse nouvelle et, pour l'atténuer, sans vouloir néanmoins l'effacer trop vite, je vais, pour éveiller des émotions plus douces, remettre de votre part à notre si universellement aimé et vénéré maître, M. Marjolin, un exemplaire frappé pour lui de notre médaille commémorative.

En entendant dans quelques minutes notre secrétaire général vous dire ce que M. Marjolin a fait pour notre Société, vous comprendrez sans peine combien nous tenions à lui donner une faible mais durable marque de notre reconnaissance.

Une notice historique sur la Société de chirurgie est lue par M. Monod, secrétaire général.

NOTICE HISTORIQUE

PAR M. CHARLES MONOD
Secrétaire général.

MESSIEURS,

Appelé par mes fonctions à vous présenter une notice historique sur la Société de chirurgie de Paris, je ne crois pas manquer à la réserve qui convient à une aussi « vénérable et discrète personne », en affirmant qu'elle peut en ce jour se glorifier quelque peu.

J'en prends à témoin notre cher président d'honneur, seul à représenter au milieu de nous ce groupe de vaillants qui, en 1843, fondaient la Société dont nous célébrons aujourd'hui le cinquantenaire. Les rêves les plus ambitieux de la première heure n'ont-ils pas été dépassés de beaucoup ?

Il fut un temps en effet, Messieurs, où, — le croirait-on? — notre Société ne se recrutait qu'avec peine, où les anciens s'éloignaient d'elle, où il fallait aux jeunes un certain courage pour y adhérer, où l'on se félicitait comme d'une conquête de toute adhésion nouvelle, où nos ressources suffisaient à peine à nos besoins, où notre bibliothèque était pauvre et notre public clairsemé.

Ai-je besoin de dire qu'aujourd'hui la porte qui donne accès à la Société de chirurgie est devenue trop étroite, qu'à chacune de nos séances se presse un auditoire nombreux, que les journaux médicaux publient à l'envi le compte rendu de nos travaux, que notre bibliothèque regorge de livres, que nos finances sont prospères? Ajoutez que, malgré une nouvelle et récente augmentation du chiffre de nos membres correspondants nationaux, le nombre des candidats est toujours plus considérable que celui des places vacantes, et enfin que nos collègues de l'étranger, associés ou correspondants, veulent bien considérer comme un honneur de coopérer avec nous.

A quoi tient un aussi heureux changement? Est-ce seulement au progrès des choses de la chirurgie, ou, plus simplement, au temps écoulé, qui a permis le développement naturel d'une institution née viable?

Ne faut-il pas dire plutôt que notre Société, fidèle à la devise qu'elle doit à Malgaigne, « Vérité dans la science, moralité dans l'art, » n'a pas un instant dévié de la voie qu'elle s'était tracée? que soucieuse du bon renom de la chirurgie française, elle s'est appliquée, ne repoussant aucun progrès véritable, à servir au

mieux la science, sans perdre de vue l'intérêt primordial des malades ?

Telle fut, dès la première heure, la pensée maîtresse des membres fondateurs de la Société de chirurgie ; telle est encore la nôtre. Quoi d'étonnant si l'œuvre, établie sur une base à la fois si large et si solide, a pris un pareil développement, si elle a conquis toutes les sympathies et a fini par occuper dans le monde savant une place dont elle a le droit d'être fière ?

On lit à la première page du premier volume de nos Bulletins : *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, séante à l'Hôtel-de-Ville*. A l'Hôtel-de-Ville! Qu'est-ce à dire? Que venait faire la jeune Société dans le palais municipal? Éprouvait-elle le besoin de se donner une attache officielle? Était-elle à ce point défiante d'elle-même? Ou bien, sous d'humbles apparences, cachait-elle de hautes visées?

Non, messieurs; la solution du problème est bien plus simple. En siégeant à l'Hôtel-de-Ville, les membres fondateurs de notre Société visaient seulement à l'économie. En gens sages, pour diminuer leurs frais, ils avaient demandé au comte de Rambuteau, alors préfet de la Seine, de mettre à leur disposition une des salles de réunion dont il disposait. Le préfet s'était gracieusement rendu à leur désir. La Société de chirurgie lui en témoigna publiquement sa gratitude. Il nous est agréable de rappeler ce souvenir et de rendre, à notre tour, à la mémoire du comte de Rambuteau un reconnaissant hommage.

L'Hôtel-de-Ville de 1843 a été brûlé, et avec lui le berceau de notre Société. J'aurais eu plaisir à y faire un pieux pèlerinage et à évoquer devant vous la modeste salle où se tinrent nos premières séances.

C'était, paraît-il, une chambre banale, de dimensions moyennes, pourvue d'une table servant de bureau et de quelques chaises. Elle ne nous était pas même exclusivement réservée. Diverses sociétés l'occupaient à tour de rôle, le mercredi excepté, jour où elle appartenait à la nôtre. Nous y possédions une ou deux armoires fermant à clef, où le secrétaire et le trésorier enfermaient les archives, les quelques livres qui composaient alors notre bibliothèque, voire même parfois un peu d'argent, qu'il eût mieux valu, vous le verrez dans un instant, déposer en un lieu plus sûr.

Tel est le cadre du tableau. Quels en étaient les personnages?

Quels étaient les hommes qui avaient fondé cette réunion ? Quel était leur but ?

Les chirurgiens des hôpitaux de Paris se réunissaient alors, comme aujourd'hui, à intervalles variés, pour traiter ensemble de leurs intérêts communs : il s'agissait surtout d'assurer le roulement dans les hôpitaux suivant un mode régulier. Une fois par an, un banquet resserrait les liens d'une cordiale confraternité. Mais quant à une assemblée scientifique où ces praticiens, tous de valeur, placés à la tête d'importants services de chirurgie, auraient pu se communiquer des faits intéressants, échanger leurs vues sur les cas de détermination délicate, contribuer de la sorte aux progrès de la chirurgie et servir leur propre instruction, il n'en était pas question.

L'Académie de chirurgie, de glorieuse mémoire, n'existait plus depuis 1793. Un décret de la Convention l'avait supprimée, ainsi que toutes les autres sociétés scientifiques [1].

L'Académie de médecine, remplaçant l'ancienne Société royale de médecine, avait seule été reconstituée en 1820. Au début, les chirurgiens y avaient une place à part : les membres de l'Académie se divisaient en effet en sections, délibérant séparément, parmi lesquelles, naturellement, se plaçait une section de chirurgie. Mais, depuis 1829, cette organisation avait été modifiée ; l'Académie ne s'assemblait plus que toutes sections réunies. Il dépendait du hasard ou de la bonne volonté du bureau que des questions de chirurgie fussent mises à l'ordre du jour. Et encore ne s'agissait-il, en général, que de grandes discussions, menées avec un certain apparat, où la chirurgie pratique ne trouvait guère sa place. Ajoutons que, dans la docte assemblée, les chirurgiens étaient peu nombreux, et que les occasions d'y entrer étaient rares ; il fallait alors la disparition de trois membres titulaires pour qu'une place fût déclarée vacante.

On comprend que, dans de telles conditions, l'on eût le désir de fonder une société exclusivement réservée aux chirurgiens. Dès 1838, l'autorisation nécessaire avait été demandée et accordée. Je n'ai pas pu savoir pourquoi il ne fut pas donné suite à ce projet.

Il fut repris en 1842 par Auguste Bérard, qui s'en ouvrit à ses

[1] Dans la séance de la Convention du 8 août 1793, Grégoire, au nom du comité d'Instruction publique, fit un rapport sur les académies. Il les regarde comme des institutions inutiles et en demande la suppression. Le premier article du projet de décret est adopté en ces termes : « Toutes les académies et sociétés littéraires patentées par la nation sont supprimées. » Les autres articles ont été ajournés (*Gazette nationale* ou *le Moniteur universel*, n° 221, vendredi 9 août 1793. L'an II de la République française). (Communiqué par M. le Dr Dureau.)

collègues dans une de ces réunions familières dont je parlais tout à l'heure.

Bérard était arrivé à l'apogée de sa carrière. Chirurgien des hôpitaux depuis 1831, membre de l'Académie de médecine, il venait, après un brillant concours, d'être nommé professeur de clinique chirurgicale à la Faculté (1842). Il n'avait que quarante ans, aimait passionnément son art, et cherchait toutes les occasions d'en hâter les progrès.

Bérard est le véritable fondateur de la Société de chirurgie.

« Le nom d'Auguste Bérard, » disait Denonvilliers dans le bel éloge qu'il a consacré à la mémoire de son collaborateur et de son ami [1], « est inscrit le premier sur la liste des fondateurs de la Société de chirurgie, et ce n'est pas sans raison. Outre qu'il était parmi nous le plus ancien chirurgien d'hôpital et le plus considérable par sa double position d'académicien et de professeur à la Faculté de médecine, nul n'avait plus vivement désiré que lui la formation de la Société et ne s'était employé d'une manière plus efficace pour atteindre ce but. C'est lui qui avait fait les démarches voulues pour faire approuver les statuts de la Société et obtenir l'autorisation nécessaire à sa constitution. C'est encore lui qui avait sollicité du préfet de la Seine le local dans lequel nous avons tenu nos premières séances. Il avait été le président du bureau provisoire, et c'est sous sa direction et dans son cabinet même que s'était élaboré le règlement de la Société..... »

Seize des collègues de Bérard répondirent dès la première heure à son appel. Vous me saurez gré de reproduire ici leurs noms, tels que vous les trouverez en tête de nos statuts, inscrits suivant leur ordre de nomination au Bureau central.

Sont *fondateurs de la Société*, lisons-nous à l'article 3 de ce document :

MM. Auguste Bérard, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, membre de l'Académie royale de médecine de Paris.

Gustave Monod, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Alphonse Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Guersant fils, chirurgien de l'hôpital des Enfants.

[1] *Mémoires de la Soc. de chir.*, t. IV, p. 1, et *Bulletins*, 1re série, 1852-53, t. III, p. 159.

MM. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

DANYAU, chirurgien adjoint de la maison d'accouchements, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

LENOIR, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

MALGAIGNE, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. HUGUIER, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ph. RIGAUD, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

NÉLATON, chirurgien de l'Hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

DENONVILLIERS, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

MAISONNEUVE, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

CHASSAIGNAC, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

CULLERIER, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

MARJOLIN fils, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

De ces hommes d'élite, qui tous, à des titres divers, se sont fait un nom dans la science, deux seulement survivent.

L'un est M. Maisonneuve, chez lequel on a pu regretter certains excès opératoires, mais qui n'en reste pas moins un chirurgien de race, joignant aux plus rares aptitudes une intelligence supérieure. — Il vit depuis longtemps, loin de Paris, dans une retraite absolue.

L'autre, nous le disions il y a un instant, c'est M. Marjolin, que l'on appelait alors Marjolin *fils*. Nommé chirurgien du Bureau central l'année qui précéda la fondation de notre société, M. Marjolin n'avait, à cette époque, que trente et un ans, et considérait comme un privilège d'être associé par ses aînés à leur entreprise. Il crut qu'il ne pouvait mieux leur en marquer sa reconnaissance qu'en travaillant au succès de l'œuvre commune avec un zèle et un dévouement qui ne se sont jamais démentis.

J'ai dit tout à l'heure le rôle important joué par celui qui ouvre la liste des membres fondateurs; pourquoi n'insisterais-je pas sur les

services rendus par celui qui la ferme? Parcourez nos premiers *Bulletins*, vous verrez toujours René Marjolin sur la brèche : trésorier, secrétaire-archiviste, puis secrétaire général, vice-président, enfin président, ne marchandant jamais ni son temps ni sa peine. C'est à lui que nous devons le premier compte rendu de nos travaux lu en séance annuelle. Il dut en quelques pages résumer l'œuvre accomplie par la Société pendant dix années. Ce fut encore lui qui se chargea de cette lourde tâche pendant les cinq années suivantes ; il était cependant alors secrétaire général, et le règlement l'autorisait à laisser le soin du compte rendu au secrétaire annuel, autorisation dont ses successeurs ne manquèrent pas de se prévaloir. C'est encore M. Marjolin qui, le premier, mit de l'ordre dans nos collections de livres et dans nos archives; M. Larrey, dans son discours de sortie, en 1852, l'en remercia publiquement. L'année suivante enfin, lors de notre installation rue de l'Abbaye, Danyau, prononçant à cette occasion l'allocution d'usage, rend hommage au secrétaire général dans des termes que je tiens à citer : « Dans tout ce qui s'est accompli, disait-il, sa part a été si grande que nous n'hésitons pas à proclamer qu'il a bien mérité de la Société. Cette formule suffisait aux anciens, et M. René Marjolin s'en contenterait sans doute. Qu'il nous permette cependant d'ajouter quelques mots et de dire que c'est à son mouvement généreux, à sa vive impulsion, à son zèle ardent, à son activité infatigable que nous devons la transformation à laquelle vous assistez aujourd'hui. Tant d'efforts et un si complet succès méritent toute notre reconnaissance, et nous ne doutons pas que vous ne vouliez la consacrer par un vote spécial. »

Je ne doute pas, à mon tour, messieurs, que vous ne soyez heureux de ratifier par vos acclamations le « vote spécial » de nos prédécesseurs.

Les dix-sept membres fondateurs se réunirent pour la première fois le 25 août 1843. Leur premier acte fut de voter les statuts et le règlement élaborés par le bureau provisoire.

Ces statuts établissaient que la Société se composerait de membres honoraires et titulaires, de correspondants nationaux et d'associés étrangers. Le bureau comprenait un président, un vice-président, un secrétaire-archiviste et un trésorier. Le poste de secrétaire général ne fut créé qu'en 1853. La garde des archives et des livres fut, à la même époque, confiée à un bibliothécaire.

Du règlement je ne retiens qu'un trait, qui montre l'esprit pratique de nos prédécesseurs. La Société devait se réunir tous les mercredis, à trois heures et demie. Une première feuille de pré-

sence était signée par les membres arrivés en temps utile ; à quatre heures elle était retirée et contre-signée par le président. Une seconde feuille, dite d'émargement ou de sortie, était présentée à quatre heures et demie à la signature en séance. Tout membre qui n'avait pas signé les deux feuilles était passible d'une amende de 5 francs. Cet article du règlement est encore en vigueur. Il est permis de croire qu'il a eu sur la marche de la Société une influence salutaire.

Voici donc notre Société constituée. Comment fut-elle accueillie ?

Son entrée dans le monde s'effectua sans bruit. Aucun journal médical ne parla de sa séance d'inauguration, ni même ne mentionna sa fondation. Encore moins trouve-t-on trace de ses premiers travaux. Notre excellent et très complaisant confrère, M. le Dr Dureau, bibliothécaire de l'Académie, qui, à la demande de M. Marjolin, a bien voulu faire à ce sujet quelques recherches, lui écrit que « à sa grande surprise, il ne trouve dans les journaux du temps aucun compte rendu des premières séances de la Société de chirurgie », et il ajoute : « Vous deviez être une Société fermée, et bien fermée, comme on dit aujourd'hui ; en ce temps-là, les médecins ne cherchaient guère la publicité. »

On s'occupait cependant en haut lieu de la Société nouvelle, et cela sans aucune sympathie. On ne voyait pas volontiers les chirurgiens faire bande à part.

N'allait-on pas, disait-on, réveiller l'ancienne rivalité de la médecine et de la chirurgie? C'était avoir bonne mémoire, mais aussi retarder un peu ; il était passé, le temps des longues luttes que dut soutenir la chirurgie pour conquérir sa place au soleil.

Quelques-uns, sans aller si loin, redoutaient de voir l'ancienne Académie de chirurgie renaître de ses cendres et porter ombrage à l'Académie de médecine. Aussi l'opposition la plus vive vint-elle de l'Académie, bien que celle-ci comptât un de ses membres parmi les fondateurs de la Société de chirurgie.

L'hostilité se manifesta surtout par l'abstention de ceux qui auraient dû, semble-t-il, s'empresser de soutenir notre Société par leur présence. Un article de nos statuts portait que « les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris, en exercice depuis plus de douze ans au 1er juillet 1843, pourraient être admis, sur leur demande, à faire partie de la Société comme membres honoraires ». Un seul, M. Marjolin père, répondit à cet appel, et lorsqu'il mourut, en 1850, son nom était encore le seul qui fût inscrit sur la liste de nos membres honoraires.

La Société de chirurgie ne s'émut point. Consciente de son rôle, modeste, mais bien défini; n'ayant d'autre but, comme elle aimait à

le rappeler, que de donner à ses membres une occasion « de se communiquer les faits importants recueillis dans l'intervalle des séances, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, de discuter les divers points de théorie et de pratique encore obscurs, et d'établir des rapports scientifiques avec les confrères de France et de l'étranger »[1]; n'ayant d'autre ambition « que de travailler sans relâche à l'étude et aux progrès de la chirurgie »[2]; certaine de triompher un jour et d'entraîner les moins bienveillants, elle se mit simplement à l'œuvre.

Auguste Bérard fut son premier président. « Les services qu'il rendit dans cette fonction », nous dit encore Denonvilliers, « furent inappréciables »... « Il en est d'une société naissante », ajoute-t-il, « comme d'un jeune enfant qui entre dans la vie ; son avenir dépend plus qu'on ne pense de la direction imprimée à ses premiers efforts. Or Bérard excellait à guider les débats, à les animer ou à les modérer au besoin, à les élargir ou à les élever quelquefois, à les maintenir toujours dans les bornes de la modération et des convenances et dans la voie de la pratique. »

Je suis d'autant plus heureux de citer ces paroles que nous ne savons rien des premières séances de la Société. Le premier volume des *Bulletins* date de 1848. Les procès-verbaux des cinq années précédentes ont été détruits dans cette même année pendant les journées de juin. L'Hôtel-de-Ville avait été envahi par le peuple armé. On força nos armoires ; on fit main basse sur les quelques centaines de francs qui y étaient enfermées, et — malheur irréparable — les archives de la Société furent foulées aux pieds et dilacérées. M. Marjolin conserve pieusement quelques débris informes de ces précieux papiers[3].

Mon père m'a souvent entretenu de cet incident, qui l'avait particulièrement affecté. Déjà alors les chirurgiens avaient une écriture un peu... hâtive. Ma mère en avait une fort belle, et mon père l'avait chargée de recopier sur un grand registre les procès verbaux rédigés par lui ou par l'un ou l'autre des secrétaires. Le fait était bien connu des membres de la Société, qui savaient gré au collègue aimé de cette gracieuse collaboration. Ainsi, pensaient-ils,

[1] Avant-propos des Mémoires (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. I, p. XVII).

[2] R. MARJOLIN, Compte rendu des dix premières années (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 30).

[3] En 1852, le ministre de l'Instruction publique accorda à la Société de chirurgie une indemnité pour les pertes qu'elle avait subies en 1848 [V. la séance annuelle du 6 juillet 1853, discours de M. Guersant (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1re série, t. IV, p. 3)].

étaient sauvés à jamais de l'oubli ces premiers produits, toujours particulièrement chéris, de leur travail. Ce registre, avec le reste, fut mis en pièces par quelques individus avinés, plus bêtes sans doute que méchants.

Le premier soin du bureau, après ce fâcheux événement, fut d'avoir désormais recours, pour ses procès-verbaux, à la typographie, gardienne plus fidèle et plus sûre de la pensée humaine que la meilleure des écritures.

La Société avait d'ailleurs un bien autre souci, celui de trouver un abri. Elle n'entendait pas s'exposer de nouveau à l'orage en rentrant à l'Hôtel-de-Ville, et ayant à cœur de ne pas interrompre une seule fois le cours de ses séances — ce qu'elle ne fit jamais, pas plus en 1848 que plus tard, pendant l'année terrible, ni dans les jours plus troublés encore de la Commune [1], — elle accepta temporairement l'hospitalité que lui offrait à l'École pratique un de ses membres, M. Gosselin, alors chef des travaux anatomiques.

Presque aussitôt elle entrait en arrangement avec la Société philomathique, qui lui céda, pour le mercredi, la jouissance de la pièce qu'elle occupait rue d'Anjou-Dauphine.

Cette nouvelle étape ne pouvait être, à son tour, que provisoire. La Société de chirurgie avait l'ambition d'être *chez elle*. Le local désiré fut enfin trouvé, dans le vieux palais abbatial de Saint-Germain-des-Prés, rue de l'Abbaye, près du quartier des Écoles, au deuxième étage d'une maison tranquille, dans une rue peu bruyante.

Vous connaissez tous le lieu actuel de nos réunions. Peut-être le trouvez-vous aujourd'hui bien modeste et un peu exigu. Tel n'était pas l'avis de nos prédécesseurs.

Ce n'est pas sans une réelle satisfaction que Danyau, en prenant possession, le 20 octobre 1852, au nom de la Société de chirurgie, des « belles salles » où elle s'assemblera désormais, en fait valoir tous les avantages. « Vous ne trouverez point ici, messieurs », disait-il, « le luxe d'un amphithéâtre à gradins en chêne, à stalles mollement rembourrées. Les fauteuils académiques invitent au sommeil, et quoique vous ne soyez point restés inactifs, vous n'avez point encore assez fait pour vous endormir sur vos lauriers. Mais vous serez commodément assis en face de bonnes et larges tables recouvertes en drap vert, et dont la disposition soigneusement étudiée laisse entre toutes les parties de la salle une libre circulation et permet entre tous les membres des communica-

[1] Un seul mercredi, en cinquante ans, la Société de chirurgie n'a pu tenir séance. C'était le 24 mai 1871, jour où le combat était engagé dans les rues de Paris entre l'armée et les partisans de la Commune.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 48.12.93. *Le gérant* : G. Masson.

tions faciles. Au reste, vous pouvez voir que nous ne vous avons pas traités en Spartiates, et il vous suffira de regarder à vos pieds pour reconnaître que nous avons songé à vous préserver des rigueurs de l'hiver qui s'approche. » Il décrit ensuite l'enceinte principale avec ses deux entrées, l'une pour les membres de la Société, l'autre pour le public ; la salle qui la précède, destinée aux malades présentés en séance et aux personnes qui les accompagnent ; la salle des conférences que l'on s'est efforcé de rendre confortable, et enfin la bibliothèque garnie de belles armoires, où les livres seront à l'aise.

« Tel est, messieurs, ajoutait-il, le local que vous allez occuper, dans un édifice de belle et sérieuse apparence et de facile abord, au milieu d'un quartier où l'air et la lumière abondent, dans le centre même des relations scientifiques. Nous ne pensons pas que vous regrettiez celui où la Société a été confinée et presque enterrée si longtemps... Vous étiez mal chez les autres ; vous allez être bien, très bien chez vous. »

A cette prospérité matérielle correspondaient des progrès d'ordre plus élevé. Denonvilliers, président sortant en 1854, se plaisait à constater « l'extension prise tout à coup par la Société de chirurgie ».

Le nombre des membres titulaires s'était peu à peu accru. On touchait au moment « où l'on serait au complet ». Ce jour se fit attendre encore deux ans. Il marque une date dans l'histoire de notre Société. C'est au mois de juillet 1856 que le président Gosselin, dans son discours de sortie, pouvait annoncer à ses collègues qu'il n'y avait plus qu'une place de titulaire vacante, pour laquelle se présentaient huit concurrents. Il terminait son allocution en disant : « Pourquoi parler encore des détracteurs de la Société de chirurgie ? Il n'en existe plus, si j'ai su bien recueillir les bruits du dehors. Il me semble que ceux qui autrefois nous blâmaient ou nous raillaient ont cessé de le faire ; que les railleurs sont devenus indifférents ; que les indifférents applaudiraient volontiers. Marchons toujours dans la même voie, messieurs ; continuons à étudier sans amertume et sans jalousie les grandes questions chirurgicales ; ne cessons pas de donner l'exemple de la concorde ; sachons rendre nos réunions assez attrayantes pour nous y trouver heureux, et soyez sûrs qu'avant peu la Société de chirurgie n'aura plus que des approbateurs. »

Les jours difficiles étaient passés. La victoire était remportée. La Société de chirurgie avait vu venir à elle ceux qu'elle considérait et respectait comme des maîtres. Roux, Lallemand, Jules Cloquet, Gerdy, Ph. Bérard, René Duval, Hervez de Chegoin,

Ph. Boyer, Velpeau, Bégins acceptaient successivement le titre de membres honoraires.

Gosselin, dans le discours dont je viens de citer un passage, a bien mis en lumière, en parlant de Gerdy, mort peu de temps après son admission à l'honorariat, la bonne harmonie qui régnait alors déjà au sein de la Société, et la satisfaction que ces vétérans du concours éprouvaient à trouver auprès de nous « ce qui leur avait manqué dans leur jeunesse, une réunion où la science qu'ils aimaient fût élaborée sans fiel et sans envie ». « N'avez-vous pas remarqué, disait-il, avec quel plaisir Gerdy prenait part à nos discussions, et avec quelle simplicité cet orateur, partout ailleurs si fougueux et si passionné, venait ici exposer ses opinions et nous apporter le tribut de son expérience, et comme son visage devenait souriant en entrant dans cette salle, où il semblait trouver un peu du bonheur qui lui avait manqué jusque-là ?... Dans les nombreux concours auxquels Gerdy a pris part, il a trouvé des adversaires redoutables. Presque tous ses contemporains avaient été ses rivaux, et, malgré lui, il s'est longtemps laissé aller à voir un ennemi dans tout chirurgien qui l'approchait. Parmi nous, il était heureux de trouver enfin des chirurgiens qui fussent des amis. Je me plais à croire que si, à l'époque des concours mémorables qui les ont illustrés, lui et tant d'autres, la Société de chirurgie eût existé, elle aurait rapproché et réuni dans ses paisibles discussions tous ces hommes éminents qui, faute de se connaître et de se voir, ont vécu trop aigris les uns contre les autres et sont restés assombris par des rivalités incessantes qui, lorsqu'elles se continuent dans l'intervalle des grandes luttes, laissent au cœur beaucoup de tristesse et de mécontentement. »

On ne saurait trop insister sur ce rôle bienfaisant et pacificateur de notre Société, qui réunit sur le pied de la plus cordiale égalité des maîtres illustres, des membres de l'Académie, voire même de l'Institut, et de jeunes chirurgiens, tout frais échappés du concours, n'ayant d'autre souci, les uns et les autres, que de travailler au progrès de leur art.

Ne pourrions-nous pas aller plus loin et, sans outrecuidance, appliquer à notre Société ce qu'en 1653 Pellisson disait de l'Académie française :

« Si cette Compagnie subsiste longtemps et donne le même honneur qu'elle a fait jusque ici, il est impossible que la France n'en retire beaucoup d'avantage. Tant d'hommes d'esprit et de savoir ne peuvent pas s'assembler toutes les semaines sans s'exciter les uns les autres au travail, sans profiter beaucoup de ces convocations et sans répandre insensiblement le profit qu'ils auront fait

pour eux-mêmes sur tout Paris et sur tout le reste de la France [1]. »

L'entrée parmi nous de Jacques-Réné Duval, nommé par acclamation membre honoraire le 28 décembre 1852, fut particulièrement fêtée. Il était alors âgé de près de cent ans. Reçu « maître chirurgien juré » en 1786, il avait soutenu sa thèse à l'École royale de chirurgie, sous la présidence de Chopart. Depuis longtemps il était l'unique survivant des membres de l'ancienne Académie de chirurgie. On se plut à voir en ce vénérable représentant d'une glorieuse époque comme un trait d'union entre la jeune Société et son illustre devancière. L'allocution qu'il prononça dans la séance du 12 janvier 1853 a été conservée dans nos Bulletins. Deux ans après, il arrivait au terme de sa longue carrière. Son petit-fils — vous avez nommé notre collègue, M. Marjolin — nous donnait en souvenir de son aïeul une somme qui fut consacrée à récompenser la meilleure thèse de chirurgie soutenue dans l'année. C'est notre « prix Duval. »

Comme celui des membres titulaires et honoraires, le nombre des membres correspondants nationaux s'est accru suivant une progression, lente d'abord, puis singulièrement rapide. Il était de 6 en 1847; il ne s'augmenta que de 10 dans les quatre années qui suivirent. Puis les candidatures commencèrent à affluer. On procéda à 29 élections entre 1851 et 1855. La Société inscrivait sur sa liste de correspondants la plupart des chirurgiens qui en province s'étaient fait un nom : Letenneur (de Nantes), Jules Roux (de Toulon), Debrou (d'Orléans), Bonnet, Diday, Gensoul, Parise et Pravaz (de Lyon), Sédillot (de Strasbourg), Bouisson (de Montpellier), Notta (de Lisieux), Maunoury père (de Chartres), Bardinet (de Limoges), etc...

Six ans ne sont pas écoulés que le président, dans son discours annuel, constate que le nombre des postulants dépasse de beaucoup celui des vacances.

On augmenta le nombre des places à donner. Il avait été d'abord illimité : fixé à 70, en 1850, il fut porté à 100 en 1861, et, récemment (1885), encore accru de 25.

Il me plairait de citer ici les noms de tous ceux, non moins distingués, qui sont venus se joindre aux élus des premières années, et dont un si grand nombre nous ont fait l'honneur et l'amitié de venir assister à cette fête. La liste en serait trop longue. Ils voudront bien se contenter du souhait impersonnel de bienvenue que je suis heureux de leur adresser à nouveau, au nom de leurs collègues de Paris.

[1] Pellisson, *Hist. de l'Acad. française*, édit. de 1729, t. I, p. 314.

Je ne songe pas davantage à faire devant vous le dénombrement de nos membres correspondants étrangers. Je ne céderais cependant qu'à un mouvement de légitime orgueil en procédant à la simple lecture de tous les noms fameux que vos secrétaires généraux ont eu la satisfaction d'inscrire successivement sur leurs registres.

Dès 1852 il fut décidé, sur la proposition de M. Larrey, que les *membres associés* formeraient désormais une classe à part, distincte des *correspondants étrangers*, afin de pouvoir offrir à certaines illustrations de la chirurgie un titre qui ne pouvait être demandé, mais qui fut toujours accepté avec reconnaissance.

Les premiers membres associés furent V. Mott (de New-York), Jæger (de Vienne), Chelius (d'Heidelberg), Textor (de Wurtzbourg), Brodie, Lawrence, Travers et Guthrie (de Londres), Ballingall (d'Edimbourg), Crampton (de Dublin), Grimm (de Berlin), Arendt (de Saint-Pétersbourg), Ammon (de Dresde), Mayor (de Genève), — tous morts aujourd'hui.

La Société, en 1863 et en 1865, confiait à deux de ses membres — Giraldès et Legouest — le soin de faire, en séance solennelle, l'éloge de Brodie et de Guthrie, et montrait, en accordant à ces collègues de l'étranger les mêmes égards qu'à ses membres nationaux, en quelle haute estime elle les tenait.

Nous comptons aujourd'hui 20 associés et 70 correspondants étrangers. Ceux d'entre eux que la distance et surtout l'époque, à certains égards fâcheuse, que nous avons dû choisir pour cette réunion, tiennent éloignés de nous, ont voulu du moins, vous l'avez entendu, nous envoyer le témoignage écrit de leurs regrets et l'expression de leur chaude sympathie.

J'en viens à l'histoire des publications de la Société de chirurgie.

Nous avons vu comment nos premiers procès-verbaux avaient été détruits. Tout le travail des premières années n'a cependant pas été perdu. Quelques œuvres de longue haleine, lues en séance par leurs auteurs, avaient été publiées dans les *Archives générales de médecine*. En 1847, la Société avait formellement invité chacun des membres titulaires à faire chaque année une communication originale. Ces travaux, dès lors, se multiplièrent. On pensa qu'ils pouvaient faire l'objet d'une publication spéciale et que, de la sorte, à l'exemple de l'ancienne Académie de chirurgie, la jeune Société aurait ses *Mémoires* imprimés.

Le premier fascicule parut en mars 1847; le volume ne fut complet que dans le courant de l'année 1849. Il contenait, entre autres, de *Nouvelles études sur la luxation sous-glénoïdienne de*

l'*humérus*, par Goyrand (d'Aix); le mémoire bien connu de Morel Lavallée sur les *Hernies du poumon;* celui de Gosselin sur les *Déchirures du poumon sans fracture des côtes*; celui de Nélaton sur les *Luxations de la mâchoire inférieure*; ceux de Chassaignac et de Robert sur l'*Ecoulement séreux qui s'effectue par l'oreille à la suite des fractures du rocher*... et d'autres.

Le livre était superbe : grand in-4°, beau papier, caractères de choix. M. Masson père, l'intelligent ot complaisant éditeur, qui avait noué avec la Société de chirurgie d'amicales relations, si bien continuées par son fils, y avait mis tous ses soins. Le malheur était qu'une pareille édition coûtait cher et que nos *Mémoires* étaient appelés à avoir, dans le monde médical, surtout un succès d'estime. M. Masson avertit la Société que la publication ne pourrait pas continuer dans de telles conditions.

Elle continua cependant. Cullerier, dans le discours qu'il prononça à la séance annuelle de juillet 1849, disait : « que la publication des *Mémoires*, un instant compromise, reprenait son cours, grâce à des sacrifices »... Le trésorier d'alors, qui n'était autre que notre vénéré collègue, M. Marjolin, « déjà nommé », vous expliquerait mieux que moi à qui incombèrent ces sacrifices, dont on retrouverait la trace dans le dossier de la Société de chirurgie, à la librairie Masson.

Cullerier annonçait en même temps que le premier fascicule du deuxième volume venait de paraître. Il félicitait la Société « d'avoir voulu, par son empressement à le publier, bien montrer qu'elle était décidée à continuer son œuvre ». L'œuvre existe, Messieurs. Elle est trop peu connue. Sont-ils nombreux, parmi les jeunes, ceux qui ont tenu à honneur de posséder cette belle collection, de sept volumes, qui abonde en travaux de haute valeur?

C'est là que vous trouverez les premiers éloges lus en séance solennelle par les secrétaires généraux. Quelques-uns de ces morceaux écrits par les Broca, les Legouest, les Trélat, les Guyon, sont à juste titre considérés comme des modèles.

En même temps que ses *Memoires*, la Société éditait un *Bulletin*, publication beaucoup plus modeste, exclusivement réservée aux procès-verbaux des séances.

Le premier volume ne fut achevé qu'en 1851 ; il contenait le compte rendu des années 1848, 1849 et 1850. Les fascicules qui le composaient avaient paru successivement à dater des premiers mois de 1849, mais à des intervalles irréguliers. Il en fut de même des suivants; tous les ans les présidents signalaient cette irrégularité et la déploraient.

Un traité conclu plus tard avec la *Gazette des hôpitaux*, qui se chargea de publier les comptes rendus rédigés par nos secrétaires,

et de nous les rendre sous forme de tirages à part, réunis au bout de l'année en un volume, diminua nos frais d'impression, mais sans supprimer les retards.

Il en fut ainsi jusqu'en 1875. C'est grâce à l'intelligente générosité de Mme Huguier, la veuve de P. Huguier, membre fondateur et ancien président de notre Société, que ce fâcheux état de choses put être modifié.

Mme Huguier, sur le conseil d'amis éclairés, fit don à la Société de chirurgie, en souvenir de son mari, d'une rente annuelle de 1,000 francs, en nous laissant le soin d'en déterminer l'emploi.

La Société ayant décidé que cette somme serait consacrée à « favoriser nos publications scientifiques », l'occasion parut bonne pour donner suite à un projet depuis longtemps caressé.

L'impression de nos *Mémoires* demeurait pour nous une lourde charge, et surtout cette publication était dépourvue du cachet d'actualité que doit avoir toute œuvre scientifique. Certains travaux, devant attendre pour paraître que l'on eût réuni les éléments d'un volume complet, ne voyaient le jour que plusieurs années après avoir été communiqués. Aussi bien devenaient-ils plus rares, les auteurs de ces importants travaux préférant avoir recours, pour les faire connaître, à l'un des journaux scientifiques dont le nombre allait croissant.

Mieux valait renoncer à éditer nos *Mémoires* à part, et les publier désormais, dans l'ordre où ils seraient lus, en même temps que les procès-verbaux et dans un même recueil.

Cette publication unique, pour laquelle on proposa d'abord le nom de *Journal de la Société de chirurgie* reçut définitivement celui de *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, qui rappelait mieux sa double origine.

Cette transformation, qui ne se fit pas sans de longs pourparlers, et à laquelle s'employèrent avec zèle le secrétaire général d'alors, M. Guyon, et notre éditeur, M. Georges Masson, avait un inconvénient. Pour que notre volume ne prît pas des proportions exagérées, il fallait que les orateurs et les auteurs de communications écrites consentissent aux réductions que le comité de publication jugerait nécessaires. Celui-ci aurait-il la main assez ferme pour les imposer? Arriverait-il, suivant l'expression de M. Perrin, « à faire figurer *Bulletins et Mémoires* sur le lit de Procuste, représenté par les fascicules mensuels du nouveau recueil » ? On n'était pas sans quelque appréhension à cet égard.

En fait, les choses s'arrangèrent au mieux, et aucun de nous ne regrette aujourd'hui la décision prise. Tous les ans, nous possédons un beau volume, aux frais duquel, grâce au legs Huguier, nous pouvons suffire, et qui constitue un recueil apprécié en

France et, — je puis l'ajouter, preuves en main, — à l'étranger.

De plus, grâce à l'activité de nos secrétaires annuels, à laquelle vous vous plaisez à rendre hommage, les fascicules mensuels de nos *Bulletins* paraissent à des époques presque régulières, et les travaux qu'ils contiennent conservent tout le charme de l'à-propos.

Telles sont nos publications officielles. Mais je ne saurais oublier, en ce jour, certains collaborateurs officieux et dévoués. M. Larrey, dans le discours qu'il prononça en quittant la présidence en 1852, se félicitait de voir trois journaux médicaux faire mention de nos travaux. Il doit être aujourd'hui plus que satisfait lorsqu'il aperçoit, groupés dans l'étroit ospace qui leur est réservé, ces nombreux rédacteurs — parmi lesquels vous aimez à reconnaître l'élite de vos élèves — suivant avec assiduité vos séances, dont ils répandent aussitôt dans vingt journaux de Paris et de la province l'intelligente et fidèle analyse. Vous ne me pardonneriez pas si je n'adressais, en votre nom, à ces hommes de bonne volonté, un remerciement cordial.

La collection de nos *Bulletins*, de nos *Mémoires*, de nos *Bulletins et Mémoires*, arrive à faire bonne figure sur les rayons de notre bibliothèque. Ce n'est cependant qu'une faible partie de nos richesses.

Dès le début, la Société de chirurgie s'était occupée de mettre à la disposition de ses membres des livres de choix, dont le nombre, grâce à de fréquentes libéralités[1], grâce aussi aux échanges effectués entre nos publications et celles des Sociétés étrangères, alla croissant rapidement.

Le poste de bibliothécaire fut créé, comme je l'ai dit, en 1853. Ce n'était pas, en ce temps-là, une sinécure. Le premier appelé à l'occuper fut notre savant et regretté collègue Giraldès. Aucun choix ne pouvait être meilleur. Giraldès était un érudit, il avait l'amour des livres. Il se mit aussitôt à l'œuvre et fit au delà de ce qu'on attendait de lui.

Lorsque, au bout de trois ans, il donna sa démission, une commission fut nommée pour examiner les résultats de son administration. Broca, bon juge en pareille matière, fut chargé du rapport. J'en extrais un passage, qui donne une idée de l'état dans

[1] Lenoir en mourant, en 1860, a légué à la Société de chirurgie plus de 1,200 volumes « dans le plus bel ordre et le meilleur état, parmi lesquels figurent beaucoup de livres rares et de grand prix » [Éloge de Lenoir, par Paul Broca (*Mém. de la Soc. de chir.*, t. VI, p. LVI)]. — Paul Guersant, Payen, Velpeau, Gerdy et le baron Larrey sont aussi inscrits, en tête de nos *Bulletins*, comme donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

lequel se trouvait à cette époque notre bibliothèque, ainsi que du travail considérable auquel Giraldès dut se livrer.

« Votre commission, disait Broca, ne saurait trop louer l'habileté et le dévouement avec lesquels M. Giraldès s'est acquitté de la tâche que vous lui avez confiée. Lorsque, il y a trois ans, notre collègue accepta les fonctions ingrates de bibliothécaire, vous conserviez déjà un grand nombre de volumes et d'innombrables brochures; mais ces richesses étaient en quelque sorte perdues pour vous, car vous n'aviez point de catalogue, et les brochures, empilées sans ordre dans les armoires, étaient à peu près introuvables. M. Giraldès, avec un zèle et une persévérance qui lui donnent des droits à la reconnaissance de la Société, a fait de l'ordre au milieu de ce chaos. Aujourd'hui, vous possédez deux catalogues, l'un pour les volumes et les collections de journaux, l'autre pour les brochures et les opuscules. Mais notre collègue a fait plus encore; il n'a pas reculé devant la difficulté d'un classement par ordre de matières. Les brochures ont été méthodiquement distribuées par sujets dans un grand nombre de cartons spéciaux, disposition éminemment profitable aux recherches et qui n'existe que dans bien peu de bibliothèques. »

Malheureusement, les successeurs de Giraldès ne furent pas à sa hauteur. Il fallut, vingt ans plus tard, reprendre son travail en sous-œuvre. Ce fut Giraud-Teulon qui s'en chargea. Il refit un catalogue qui, commencé en 1870, ne fut terminé qu'en 1874.

Je n'oserais dire que Giraldès et Giraud-Teulon aient trouvé ou aient chance de trouver parmi nous des continuateurs dignes d'eux.

Notre bibliothèque a d'ailleurs un vice irrémédiable. Elle étouffe dans un local trop exigu. Quels que soient le zèle et la compétence de l'excellent bibliothécaire adjoint qui veut bien aujourd'hui veiller au bon état de nos collections, il ne peut, faute de place, arriver à faire ce qu'il voudrait. C'est la seule ombre au tableau, je devais la signaler.

Quant à la caisse, vers laquelle je me tourne respectueusement en terminant cette revue de nos œuvres vives, je n'aperçois, au contraire, qu'un ciel pur et sans nuages.

Il n'en fut pas toujours ainsi. La Société de chirurgie a été pauvre, mais toujours économe, et sachant proportionner ses dépenses à ses moyens. Elle ne tarda pas, au reste, à voir ses ressources grandir, grâce à l'augmentation du nombre de ses membres, grâce aussi à la bonne gestion de ceux de vos collègues que vous avez successivement chargés du soin de vos finances : Marjolin, Debout, Houel, Guéniot, Nicaise, Berger — Schwartz

enfin, le dernier élu et non le moins expert. En 1878, date mémorable, le président sortant, M. Panas, annonçait à ses collègues que, pour la première fois, la Société avait pu consacrer une modeste somme à l'achat de rentes sur l'État. La Société de chirurgie devenait rentière. Vous pensez bien qu'elle n'a pas cessé de l'être. Laissons retomber le voile : bien que nous soyons ici en famille, nous ne sommes cependant pas en comité secret. Il suffira à nos amis de savoir que notre situation financière est bonne.

La Société de chirurgie fut reconnue d'utilité publique en 1851. Elle acquérait ainsi la personnalité civile et devenait apte à recevoir des legs. A l'exception de celui de Huguier, tous ceux qu'elle a reçus ont eu pour objet la fondation de prix. J'ai déjà parlé du *prix Duval*. Il est à peine besoin de rappeler les autres : *prix Laborie, prix Gerdy, prix Demarquay, prix Ricord*. Peut-être, tout en adressant à nos généreux donateurs un reconnaissant souvenir, serait-il à propos de faire remarquer, avec l'un de nos présidents[1], que l'institution des prix périodiques ne réalise pas complètement l'intention des fondateurs. Le petit nombre, la valeur restreinte, quelquefois même l'absence des mémoires envoyés en témoignent. Il serait à désirer, ajoutait notre collègue, que les bienfaiteurs futurs de notre œuvre entrassent dans la voie ouverte par Mme Huguier, en permettant à la Société de chirurgie la libre disposition de leurs dons, qu'elle saurait employer au mieux des intérêts de la science chirurgicale, son unique souci.

Cette *Notice historique* semblerait sans doute incomplète si elle se restreignait aux détails qui précèdent, et n'essayait pas de donner quelque idée de l'œuvre scientifique accomplie par la Société de chirurgie. Il est évidemment impossible de faire ici une analyse, même écourtée, de ses travaux. Il faut nous en tenir aux grandes lignes, ne nous arrêtant qu'aux principales étapes; cela suffira pour montrer que notre Société, fidèle à ses origines, n'a jamais été que la vivante expression du mouvement chirurgical contemporain.

Lors de sa fondation, et surtout quelques années plus tard, lorsqu'elle eut attiré à elle, au fur et à mesure de leur nomination, les chirurgiens du Bureau central, la Société de chirurgie formait une réunion d'hommes jeunes, animés de généreuses ardeurs, aspirant à se montrer, par leur valeur scientifique, et par leurs succès opératoires, dignes de leurs aînés.

[1] Le Fort, président pour 1875. Discours de sortie (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1876, 3e série, t. II, p. 60.)

L'instant paraissait propice. L'anesthésie, dont les premières applications en France datent de 1846, allait donner à l'activité chirurgicale un nouvel essor. C'était aussi le moment où, sous l'influence de Lebert et de Robin, l'application du microscope à l'étude des lésions pathologiques commençait à permettre de pénétrer plus profondément le secret des affections chirurgicales.

La première des grandes discussions dont nos *Bulletins* ont gardé le souvenir, fut consacrée à l'étude de l'anesthésie générale, et plus particulièrement à celle de la chloroformisation. Elle s'engagea à propos d'un cas de mort par le chloroforme observé par Vallet (d'Orléans), un de nos membres correspondants, et à la suite d'un remarquable rapport de Robert, lu dans la séance du 8 juin 1853. Elle se prolongea jusqu'au 22 février 1854, c'est-à-dire pendant près d'un an. Le résumé de la discussion fait par Robert n'occupa pas, à lui seul, moins de quatre séances. Le débat fut donc complet. La Société exprima par son vote final l'avis que, si l'inhalation du chloroforme, même pur et bien administré, pouvait déterminer la mort, cos cas malheureux étaient trop exceptionnels pour que l'on dût renoncer à l'emploi de ce précieux agent. Cette discussion s'est renouvelée à bien des reprises parmi nous : elle a toujours abouti à la même conclusion.

C'est aussi dans les premiers volumes de nos recueils que vous trouverez la trace des importantes recherches de Lebert sur les tumeurs fibro-plastiques, sur la distinction du cancer et du cancroïde, sur les enchondromes, etc. Notre Société, en accordant à Lebert, bien qu'il ne fût pas chirurgien de profession, le titre de membre titulaire, montrait tout l'intérêt qu'elle prenait aux travaux de ce genre [1]. On sait au reste que le savant anatomo-pathologiste retrouvait parmi nous en Broca, Follin et Verneuil, des élèves distingués qui devinrent bientôt des émules.

Mais ce serait laisser dans votre esprit une fausse impression que d'insister davantage sur ces souvenirs. La chirurgie active et pratique demeurait la principale des préoccupations de notre Société ; — je dis : la chirurgie, dans la plus large acception du mot.

La spécialisation n'était pas encore en honneur. La main qui maniait avec prestesse le couteau à amputations, était prête à saisir tel jour l'aiguille à cataracte, tel autre le lithotriteur, tel autre encore, le forceps. Nombreuses sont en effet les communications que nous pourrions relever, dans les vingt premiers volumes de nos *Bulletins*, sur les affections des yeux, de la vessie ou sur les

[1] Lebert, nommé membre titulaire le 14 août 1850, ayant dû s'éloigner de Paris, fut nommé membre associé étranger le 19 janvier 1853.

questions diverses relatives à l'obstétrique, et même sur les maladies du larynx et de l'oreille.

Est-il nécessaire de rappeler les noms de Follin, Perrin et Giraud-Teulon; de Danyau, Blot et Depaul; de Voillemier, de Dolbeau, ces maîtres — pour ne citer que les disparus — que notre Société se glorifiait de compter parmi les siens?

C'est néanmoins sur ce que l'on est convenu d'appeler la grosse chirurgie que se concentre le principal effort des chirurgiens de cette époque. Fractures, luxations, affections et plaies des articulations, anévrysmes, hernies, bec-de-lièvre, taille, autoplastie, amputations, désarticulations, ablations de tumeurs, etc.; tels sont quelques-uns des principaux sujets qui sont continuellement à l'ordre du jour.

Tantôt ce sont des faits intéressants, tirés de la pratique, qui sont communiqués et qui donnent lieu à de courtes remarques; tantôt c'est une grande discussion qui s'engage. De véritables discours, longuement élaborés, sont lus à la tribune. Ils avaient parfois l'inconvénient, dit-on, de faire le vide dans la salle [1]; ils n'en demeurent pas moins pour nous des documents précieux.

Parmi les plus importants de ces grands débats, je signale ceux sur *les formes et le traitement de la coxalgie* [2], sur le *mal de Pott* [3], le *trépan* [4], le *traitement de la syphilis* [5]; ceux plusieurs fois renouvelés sur le *traitement des anévrismes*, survenant au moment où Vanzetti venait d'établir les avantages de la compression digitale [6]; ceux encore, non moins abondants, sur les *polypes naso-pharyngiens*, dont l'histoire pathologique est tout entière faite dans nos *Bulletins* [7]; celui enfin sur l'*évidement des os* et les *résections*

[1] Compte rendu pour 1868, par L. Labbé (*Bull. de la Soc. de chir.* 1868, 2e série, t. IX, p. 526).

[2] Coxalgie : *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1865, 2e série, t. VI, p. 33 et suiv.

[3] Mal de Pott ; *Ibid.*, 1857-58, 1re série, t. VIII, p. 311 et suiv.

[4] Trépan : *Ibid.*, 1866, 2e série, t. VII, p. 508; et 1867, 2e série, t. VIII, p. 70 et suiv.

[5] Syphilis : *Ibid.*, 2e série, t. VIII, p. 411 et suiv.

[6] Anévrismes : V. les tables de toutes les années des *Bulletins*, la question étant presque toujours à l'ordre du jour; et pour les communications de Vangetti : 1857-58, 1re série, t. VIII, p. 114 (comm. écrite); et 1862, 2e série, t. III, p. 484, et 1867, 2e série, t. VIII, p. 353 et suiv. (comm. orales).

[7] Polypes naso-pharyngiens : *Ibid.*, 1re série, t. I, p. 159 et suiv.; t. II, p. 480 et suiv.; t. IV, p. 27 et suiv.; t. V, p. 118 et suiv.; t. VIII, p. 17 et suiv. — 2e série, t. I, p. 7 et suiv.; t. III, p. 133 et suiv.; t. IV, p. 88 et suiv.; t. V, p. 318 et suiv.; t. VI, p. 518 et suiv.; t. VII, p. 18 et suiv.; t. VIII, p. 28; t. X, p. 342; t. XI, p. 253 et 272. — 3e série, t. II, p. 335 et suiv. — Nouv. série, t. I, p. 317; t. II, p. 194; t. III, p. 390; t. V, p. 719; t. VI, p. 206; t. VII, p. 480 et 515; t. VIII, p. 218 et 319; t. X, p. 248 et 633 t. XIV, p. 572; t. XV, p 617; t. XIX, p. 258 et 318.

sous-périostées, dans lequel Sédillot et Ollier, nos illustres collègues, trouvant chacun parmi nous des partisans et des adversaires, soutinrent eux-mêmes leur opinion respective, jusqu'au jour où la discussion fut close au profit des opérations sous-périostées [1].

Citerai-je encore les nombreuses séances consacrées à l'examen de la valeur relative des différents procédés d'*amputation partielle ou totale du pied;* au *traitement des fistules vésico-vaginales;* à l'*anatomie pathologique, au mécanisme et au traitement des hernies*; aux *affections et tumeurs des bourses;* aux *plaies de tête, de poitrine et de l'abdomen;* aux *tumeurs de l'utérus et de l'ovaire;* aux *pieds-bot, becs-de-lièvre, anthrax, tumeurs érectiles*... Mais je m'arrête; pour être complet, il faudrait passer en revue la pathologie chirurgicale tont entière.

Je me ferais scrupule cependant de ne pas mentionner encore, parmi les sujets de vos délibérations, les *plaies par armes à feu,* dont vous avez abordé l'étude toutes les fois que l'occasion s'en est offerte. La présence parmi nous de tant d'éminents collègues de l'armée ou de la marine, auxquels vous avez toujours tenu à honneur d'ouvrir largement vos rangs, donnait à vos discussions, en de tels jours, une saveur et une portée spéciales.

L'activité, dans toutes les directions, était donc considérable. Et cependant le terrain livré alors aux entreprises de la chirurgie n'avait pas la même étendue qu'autrefois, ni surtout celle qu'il devait atteindre quelques années plus tard.

Le commencement du siècle avait été temoin de singulières audaces. La cure radicale des hernies était remise en honneur à la suite des travaux de Gerdy. Lisfranc pratiquait jusqu'à l'abus l'amputation du col utérin, et Récamier, allant plus loin, osait enlever l'utérus entier et avait des imitateurs; les recherches de Jobert (de Lamballe), de Lembert, de Gély (de Nantes), démontrant la possibilité de pratiquer, sur l'intestin ouvert, au moins chez les chiens, des sutures hermétiques et solides, donnaient l'espoir d'arriver chez l'homme à de semblables résultats; on n'hésitait pas, enfin, du moins à l'étranger, à ouvrir le ventre des femmes pour extirper des kystes de l'ovaire, ou même des tumeurs de plus mauvaise nature... le tout, il est vrai, avec des résultats, pour la plupart, désastreux [2].

[1] Résections sous-périostées : *Ibid.*, 1860, 2e série, t. I, p. 31 et suiv. (v. à la table le mot *Os*); 1862, t. III, p. 126; 1863, t. IV, 125, 131 et suiv. (v. *Périoste*); 1864, t. V, p. 50 et suiv. (v. *Ostéogénie*); 1865, t. VI, p. 25 (v. *Ostéoplastie*); 1866, t. VII, p. 266 et suiv. (v. *Résections*); 1867, t. VIII, p. 1 et suiv. (v. *Résections*).

[2] Voir dans l'intéressant livre de notre excellent collègue J. Rochard (*La

C'était aussi l'époque où l'on ne reculait pas devant les plus graves mutilations pour triompher du cancer : larges amputations de langue, ablations dites totales de la parotide, résection des deux maxillaires, extirpation complète du rectum, etc., sans plus de succès d'ailleurs.

Un temps d'arrêt, même un recul, se produisit. La Société de chirurgie n'y fut pas étrangère. Elle contribua à cette réaction salutaire, soit par son abstention systématique à l'égard de certaines opérations, soit par la sage réserve qu'elle observa à l'égard de certaines autres.

Elle avait deux raisons pour agir de la sorte. Elle cédait au découragement qu'éprouve le praticien, lorsqu'il voit ses efforts ne pas aboutir : le cancer impitoyable, en dépit des plus lourds sacrifices, récidivait, pour ainsi dire, toujours ! Mais, surtout, elle constatait qu'une telle chirurgie ne se faisait pas sans de formidables hécatombes.

De tous temps, la mortalité dans les hôpitaux avait été considérable, mais il ne paraît pas que l'on s'en fût sérieusement ému. L'on semblait se résigner assez allègrement à cette *part du feu*, et les quelques succès obtenus faisaient oublier les trop nombreux revers.

Ce sera un des titres d'honneur de la Société de chirurgie d'avoir mis au premier rang de ses préoccupations le souci de la vie humaine, au risque d'être accusée de manquer parfois de hardiesse.

Les recherches statistiques de Malgaigne, de Trélat, de notre savant et si regretté collègue le professeur Le Fort — dont nous ne nous attendions guère à devoir déplorer aujourd'hui la fin prématurée, — avaient mis le mal en évidence et permis d'en sonder la profondeur. Restait à le combattre. La Société de chirurgie s'y employa avec zèle.

Pour certains, l'instrument tranchant était le grand coupable; il ouvrait la porte à la phlébite, qui elle-même, suivant la doctrine du jour, était la véritable cause des accidents infectieux auxquels les opérés succombaient. Le bistouri devait donc céder la place aux procédés de striction lente ou de cautérisation qui, en obstruant les vaisseaux, fermaient l'accès aux produits toxiques. Maisonneuve, avec son ostéoclaste, cet instrument de torture qu'il osa employer sur le vivant, montra jusqu'où l'on pouvait aller dans cette voie.

La Société de chirurgie n'eut pas de peine à faire justice de telles exagérations. Elle sut d'autre part reconnaître que l'écraseur

chirurgie française au XIX*e siècle*. Paris, 1875, p. 267), le chapitre intitulé : *Témérités chirurgicales*.

linéaire, inventé par Chassaignac, et présenté par lui à ses collègues dès 1856 ; que le constricteur dont Maisonneuve vantait les qualités supérieures; que le galvano-cautère de Middledorpf, dont Broca contribua à répandre l'usage; que les divers procédés de cautérisation, enfin, et particulièrement la cautérisation en flèches, préconisée par Salmon et par Maunoury, l'un de nos meilleurs correspondants — constituaient de précieuses ressources, et qu'avec leur aide les accidents des plaies, s'ils n'étaient pas supprimés, diminuaient de nombre et d'intensité.

Mais tant que la bataille demeurait engagée dans les milieux contaminés où, depuis si longtemps, l'infection purulente et l'érysipèle régnaient en maîtres, de simples modifications dans les méthodes opératoires devaient se montrer insuffisantes.

La Société de chirurgie le comprit et, abandonnant, pour un temps, l'objet habituel de ses délibérations, elle mit à son ordre du jour la grande question de l'assainissement des hôpitaux.

Nulle part la campagne ne fut conduite avec plus de vigueur et de talent. Je fais allusion ici à la mémorable discussion soutenue en 1864, rue de l'Abbaye, à propos de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu.

Elle fut ouverte, le 12 octobre, par Trélat, qui prononça alors un de ses meilleurs discours. Il le terminait par une série de conclusions qui, après un long débat, furent votées presque sans modifications le 12 décembre suivant. Les projets de l'administration étaient déclarés condamnables. De plus, par la bouche de ses membres les plus autorisés, Gosselin, Verneuil, Broca, A. Guérin, Le Fort etc, mettant courageusement à nu les vices de notre organisation hospitalière, la Société formulait nettement un programme de réforme.

L'administration ne se rendit pas. L'Hôtel-Dieu fut reconstruit sur l'emplacement choisi et dans les conditions hygiéniques que l'on sait. Mais qui oserait dire que ce grand débat fut stérile ? N'a-t-il pas répandu des idées qui, depuis lors, sont devenues monnaie courante ?

Aussi bien, notre Société eût-elle obtenu gain de cause sur ce point spécial, le mal n'en aurait pas moins subsisté en grande partie. Nos autres hôpitaux auraient conservé longtemps encore sans doute leur installation défectueuse, avec laquelle il fallait bien compter.

Force était donc de chercher en même temps dans une autre direction la solution du terrible problème.

N'atteindrait-on pas le but en posant avec plus de soin les indications opératoires et surtout en recherchant le meilleur pansement à appliquer aux plaies chirurgicales ?

A ce double ordre d'idées se rattachent les recherches de notre éminent collègue et maître, M. Verneuil, poursuivies sans relâche devant la Société depuis 1868, sur l'influence que les états généraux constitutionnels ou les affections préexistantes du foie et des reins peuvent avoir sur les résultats opératoires, — et, d'autre part, l'examen fait par vous des nouveaux topiques proposés de tous côtés, et considérés par leurs inventeurs comme seuls capables de s'opposer à l'éclosion des accidents infectieux.

On touchait à la délivrance. La guerre de 1870 venait de montrer la plaie dans toute son horreur. A Paris, la mortalité avait été effrayante. On n'ouvrait plus un abcès, on n'incisait plus un panaris sans redouter l'infection purulente.

Aussi ne fût-ce pas sans un profond étonnement que, en 1871, la Société de chirurgie apprit qu'un de ses membres, notre vénéré maître M. Alphonse Guérin, — dans son service, à l'hôpital St-Louis, à l'époque néfaste de la Commune, dans les plus mauvaises conditions hygiéniques que l'on pût imaginer, — avait, sur 36 amputations pratiquées du mois d'avril au mois de juin, sauvé 23 malades alors que, pendant les six mois précédents, il avait perdu tous ses amputés sauf un [1].

Est-il besoin de rappeler comment M. A. Guérin avait obtenu ce succès ? Mettant à profit les démonstrations faites par Pasteur sur les germes atmosphériques, et sur la propriété que possède l'ouate de les arrêter au passage à la façon du meilleur des filtres, il avait eu l'idée de placer les plaies opératoires à l'abri de toute infection venant de l'air, en les enveloppant d'une épaisse couche de coton.

Le « pansement ouaté » d'A. Guérin, aussitôt expérimenté par ses collègues et reconnu efficace, était un immense progrès. Il était réservé à Lister, que la Société de chirurgie est heureuse de compter au nombre de ses membres associés, de faire mieux encore. Il établit par une suite de faits qu'en appliquant avec méthode l'acide phénique au pansement des plaies, non seulement on empêche le développement à leur surface des germes capables de les contaminer, mais encore on supprime la suppuration ; qu'il est par conséquent possible d'obtenir la réunion primitive des parties divisées, toutes les fois qu'elle paraît praticable.

Le pansement de Lister découlait directement des découvertes de Pasteur. Lister s'est toujours plu à reconnaître — et tout récemment avec éclat dans une circonstance solennelle — la part qui

[1] R. Hervey, Pansements a l'ouate (*Arch, gén. de med.*, 1871, 6e série, t. XVIII, p. 643) ; et A. Blanchard, Du pansement ouaté (*Thèse de Paris*, 1872).

revient à notre illustre compatriote dans la merveilleuse évolution de la chirurgie moderne à laquelle il a lui-même si puissamment contribué.

C'est le 17 mars 1875 qu'il fut pour la première fois question, à la Société de chirurgie, du pansement de Lister. M. Duplay nous communiquait, au nom de M. L. Championnière, qui ne faisait pas encore partie de la Société, un cas de trépanation suivie de guérison. Le succès de cette opération, réputée si grave, était attribué par l'auteur à la rigoureuse application des préceptes de Lister, dont il était, depuis un voyage fait à Edimbourg en 1868, l'ardent partisan.

L'année suivante, M. Verneuil nous faisait part des résultats que le professeur Saxtorph (de Copenhague), plus tard membre correspondant de notre Société, avait, par le même moyen, obtenus dans son service. Ils étaient bien faits pour fixer l'attention : sur treize résections de grandes articulations, dont quatre de la hanche, Saxtorph n'avait eu qu'une seule mort!

Le pansement de Lister ne tardait pas à être sérieusement mis à l'étude. Peu après la communication de M. Verneuil, MM. Guyon, Labbé, Terrier, L. Championnière nous apportaient une série de faits concordants, tirés de leur pratique, qui en démontraient l'incontestable efficacité.

Ce dernier surtout, devenu notre collègue, ne manqua pas, depuis lors, une occasion d'en mettre en lumière les bienfaits. Justement appelé l'« apôtre » de la méthode nouvelle, nul n'a plus que lui contribué à la faire connaître et à en répandre l'usage parmi nous.

Les résistances qu'il rencontra, d'abord assez nombreuses, se réduisirent bientôt à une seule, celle-là irréductible.

Et s'il n'en reste qu'un, je serai celui-là!

s'écrierait volontiers le collègue excellent dont il serait bien superflu de rappeler le nom.

L'accueil fait par la Société de chirurgie à la méthode de Lister assurait son triomphe en France. Déjà à l'étranger il était incontesté.

Dirai-je l'influence que la vulgarisation de ces pratiques a eue sur la chirurgie moderne : l'infection purulente, l'érysipèle et toutes les complications des plaies définitivement vaincues ; les amputations se succédant sans échec ; les résections reprenant la place qui leur appartient ; l'ouverture d'une articulation n'étant plus l'événement redouté entre tous ; la chirurgie des os, ostéotomie, résection des cals vicieux, évidement, devenant sans danger ; des opérations plus audacieuses ou plus périlleuses encore : extir-

pation de goitres, suture de la rotule rompue, ablation du larynx, trépan, suture ou greffe tendineuses... exécutées presque à coup sûr ; toute la chirurgie des viscères faisant cette fois, à bon droit, son apparition sur la scène : cure opératoire des hernies, laparotomies pour obstruction ou plaies des intestins, ablation des tumeurs liquides ou solides de l'ovaire, opérations partielles ou totales sur l'utérus et ses annexes ; exploration ou ablation du rein ; traitement chirurgical des calculs biliaires, etc., etc. L'énumération est bien incomplète ; encore n'ai-je pas essayé d'entrevoir ce que nous réserve l'avenir.

Retournez en arrière. Voyez dans nos *Bulletins* le mouvement se dessiner d'année en année ; vous serez, j'ose le dire, émerveillés.

Ah ! je sais bien. Ils ne manquent pas, ceux qui s'effraient, qui nous accusent d'aller trop loin et trop vite, qui parlent de *folie opératoire*.

Laissez dire. Nous ne méritons pas ces reproches. La Société de chirurgie a toujours eu le bonheur de posséder des maîtres à l'esprit sage, prêts à accepter les tentatives, si osées qu'elles paraissent, lorsqu'elles sont suffisamment justifiées, mais sachant aussi repousser sans hésitation toute témérité coupable.

Par là, messieurs, vous restez fidèles aux traditions séculaires de la chirurgie française. Notre Société se plaçait, en 1843, sous la glorieuse égide de l'Académie de chirurgie. Aujourd'hui, juste cent ans après la disparition de votre aînée, vous êtes en droit de dire que vous continuez sa grande tâche. Fut-il jamais plus à propos d'évoquer ce souvenir que dans cette maison, où, grâce à la bienveillance de la Faculté nous pouvons célébrer notre fête ; dans ce vénérable édifice qui fut, il me sera permis de le rappeler, construit pour les chirurgiens de Saint-Côme, nos pères [1] ? Si ces vieux maîtres pouvaient revenir parmi nous, s'ils pouvaient vous entendre et vous voir à l'œuvre, j'imagine que, d'abord étonnés de vos audaces, plus étonnés ensuite de vos succès, ils vous reconnaîtraient pour leurs légitimes héritiers et seraient fiers de leurs descendants.

[1] L'École de chirurgie dite de Saint-Côme étouffait dans l'étroit espace où elle avait pris naissance, et que limitaient d'un côté l'église Saint-Côme et de l'autre le couvent des Cordeliers (voir le plan de La Caille dressé en 1714, reproduit par M. Franklin). Cédant aux sollicitations de La Martinière, Louis XV fit acheter l'ancien collège de Bourgogne, ainsi que quatre maisons contiguës, et offrit le tout aux chirurgiens. Sur cet emplacement, l'architecte Gaudouin commença en 1769 la

construction de l'édifice qu'occupe aujourd'hui la Faculté de Médecine. Il ne fut terminé que sous Louis XVI.

Les premières thèses de chirurgie qui y furent soutenues portent la date de 1776. L'une d'elles était présentée par Desault, dont le nom devait devenir si célèbre.

M. Corlieu, dans son intéressant volume sur l'*Ancienne Faculté de médecine*, indique avec détail la disposition des lieux de la nouvelle École de chirurgie, bien différente naturellement de ce qui existe aujourd'hui. Seul, le grand amphithéâtre n'a pas changé de destination.

Il rappelle encore que dans l'entre-colonnement situé à droite de la grande porte, et où sont actuellement inscrits les mots LIBERTÉ, ÉGALITÉ, FRATERNITÉ, on lisait l'inscription suivante :

DU RÈGNE DE LOUIS XVI.

Le peu d'espace des écoles de chirurgies, trop resserrées pour le nombre des élèves, l'éloignement de l'École pratique, le défaut d'un lieu séparé pour l'instruction des femmes dans l'art des accouchements, ont fait longtemps désirer un autre emplacement. Louis XV, zélé pour le progrès d'un art si utile à l'humanité, ordonna de construire sur le terrain de l'ancien collège de Bourgogne un édifice assez spacieux pour remédier à ces inconvénients et assez noble pour répondre à l'importance de cet art salutaire. Ce projet, digne d'un prince chéri de ses sujets autant qu'il les aimait lui-même, a été terminé sous le règne de son auguste successeur.

A l'entre-colonnement de gauche, on lisait :

DU RÈGNE DE LOUIS XVI.

Cet édifice, consacré à l'étude et à la perfection de la chirurgie, fut commencé par l'ordre et sous les heureux auspices de Louis le Bien-Aimé, l'an de grâce MDCCLXIX. Louis XVI, toujours auguste, toujours bienfaisant, en ordonna la continuation la première année de son règne, et en posa la première pierre le 14 de décembre MDCCLXXIV. Monument de la protection qu'il accorda à un art nécessaire aux peuples dont il est le père.

La Révolution fit disparaître ces deux inscriptions, en même temps qu'elle supprimait l'École de chirurgie et toutes les autres corporations enseignantes.

Le 2 décembre 1794, Fourcroy reconnut, dans un rapport à la Convention (*Moniteur* du 16 frimaire an III), que « l'enseignement de la médecine et de la chirurgie était anéanti depuis plusieurs années ». Sur sa proposition, cet enseignement fut rétabli et l'*École de santé* installée dans les bâtiments du collège de chirurgie. Cette école de santé devint la *Faculté de médecine* en 1808, lorsque fut organisée l'Université impériale, composée de cinq facultés, parmi lesquelles la Faculté de médecine fut placée au troisième rang.

(J'emprunte ces indications à M. Corlieu, *L'Ancienne Faculté de médecine de Paris*. Paris, 1877. p. 182 et suiv., et à M. Franklin, *Les Chirurgiens*. Paris, 1893, p. 210 et suiv., de la collection intitulée : « La Vie privée d'autrefois. Arts et métiers, modes, mœurs, usages des Parisiens du XII[e] au XVIII[e] siècle, » par Alfred FRANKLIN.

M. Jaques Reverdin (de Genève) prend ensuite la parole au nom des associés et des correspondants étrangers.

ALLOCUTION

AU NOM DES MEMBRES ASSOCIÉS ET CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

Par M. J.-L. Reverdin (de Genève), associé étranger.

Monsieur le Président et Messieurs les Membres de la Société de chirurgie de Paris,

J'ai été chargé de vous dire quelques mots en cet anniversaire au nom de vos Associés et de vos Correspondants étrangers, tant de ceux que vous voyez ici que de ceux qui, à leur grand regret, n'ont pu prendre part à cette fête de famille ; j'ai accepté cette mission avec le plus grand plaisir, car c'est un double honneur pour moi et de vous adresser la parole en ce jour solennel et d'être auprès de vous l'interprète des éminents confrères que je représente en ce moment ; j'ai accepté cette mission sans crainte, comptant sur votre indulgence et confiant que, si ma voix manque d'éloquence, vous saurez du moins lui reconnaître l'accent de la sincérité.

Je ne crois pas, Messieurs, qu'aucun de mes collègues me contredise si j'avance que nous avons tous contracté vis-à-vis de la chirurgie française, dont vous êtes les représentants actuels, une dette de reconnaissance dont nous sentons l'importance. Sans méconnaître le rôle des autres nations dans la conservation de la chirurgie au Moyen Age et à la Renaissance, chacun sait et reconnaît la prépondérance de la France à ce point de vue ; nous ne pouvons oublier ce que furent pour l'émancipation de la chirurgie et des chirurgiens la vie et les œuvres d'Ambroise Paré, *ce père de la chirurgie moderne* ; nul de nous n'ignore l'immense influence de cette Académie de Chirurgie, dont vous avez continué les traditions, sur le développement de la chirurgie et la considération dont jouissent les chirurgiens; après sa suppression, les noms de ses illustres successeurs, des Desault, des Dupuytren, des Lisfranc, des Velpeau, des Malgaigne et de bien d'autres évoquent à notre esprit le souvenir d'une longue et brillante période de rayonnement de l'école de Paris.

Et aujourd'hui, les chirurgiens étrangers savent bien que, si, comme vous le disait un de vos Présidents, la France a cessé d'avoir en quelque sorte le monopole de la chirurgie, si des écoles rivales se sont fondées, si chaque pays civilisé fournit son contingent aux progrès de notre art, c'est que les semences fécondes

emportées de France aux quatre coins de l'horizon ont germé et multiplié.

Il y a maintenant cent ans que l'Académie de Chirurgie fut supprimée par un décret de la Convention et il y en a cinquante que quelques chirurgiens des hôpitaux de Paris se réunirent pour fonder la Société de Chirurgie.

Dès sa création, elle crut devoir s'adjoindre des correspondants et des associés étrangers. Si je ne me trompe elle entendait ainsi à la fois rendre hommage aux chirurgiens éminents de tous les pays et s'honorer elle-même en comptant dans son sein les personnalités les plus remarquables de la chirurgie. Ce double but, Messieurs, me paraît avoir été complètement atteint; vous savez quelle valeur est attachée aux titres de correspondant et d'associé de la Société de Chirurgie, avec quel empressement les jeunes chirurgiens s'efforcent, par l'envoi de communications et de travaux à votre savante Société, de mériter d'être un jour inscrits sur la liste de ses candidats, combien sont sincères les remerciements qui vous sont adressés par les heureux élus. En ce qui me concerne personnellement, j'ai à cœur de vous dire aujourd'hui que les deux titres de correspondant et d'associé que vous m'avez successivement donnés m'ont fait éprouver un double sentiment de confusion, pour la disproportion entre la valeur de ces titres et celle de mes quelques travaux, et de fierté reconnaissante pour la récompense accordée à ces travaux.

Ce sentiment de fierté, Messieurs, a son explication bien simple dans la valeur même de votre Société, dont il est facile de se rendre compte en suivant vos travaux et en consultant vos *Bulletins*. Nous trouvons dans ce précieux recueil, d'abord une grande richesse de faits ressortissant à la chirurgie dans tous ses domaines, mine inappréciable de renseignements de première importance, la valeur de l'observateur faisant celle du renseignement ; nous y trouvons en second lieu toute une collection de discussions sur les questions les plus variées de la chirurgie, nous y voyons les progrès de notre art étudiés et mis au point par les maîtres de la chirurgie française avec les qualités de réflexion, de modération et de sagesse qui les caractérisent.

Parfois, disons-le, l'adoption de tel ou tel progrès a pu paraître un peu lente et la chirurgie française a semblé s'attarder momentanément, mais ce n'était que pour reprendre bientôt sa place aux premiers rangs.

Tous ceux qui ont suivi attentivement la marche de la chirurgie en France et particulièrement à Paris pendant les douze ou quinze dernières années en ont été vivement frappés ; quels perfectionnements dans l'outillage chirurgical, quels progrès accomplis

depuis l'application définitive de l'antisepsie et de l'asepsie, quels brillants résultats obtenus et quelle extension donnée à la thérapeutique chirurgicale au grand bénéfice des malades. Le rôle de votre Société dans ces transformations est évident pour tous ceux qui réfléchissent et qui suivent vos travaux. Combien de questions de la plus haute importance au point de vue pratique ont été approfondies dans vos séances, examinées sur toutes leurs faces, fouillées dans leurs profondeurs, élucidées à la grande lumière de l'expérience de vos Membres et des faits vus par des observateurs de premier ordre.

Comment donc après cela vos associés et vos correspondants étrangers ne seraient-ils pas fiers d'appartenir à votre Société ?

Et maintenant, Messieurs, si vous voulez bien faire abstraction, pour le moment, de la personne de celui qui vous parle, et parcourir la liste des chirurgiens étrangers que vous vous êtes adjoints, soit comme associés, soit comme correspondants, vous verrez, je crois, que vos choix ne se sont point égarés, que chacun d'eux se trouve justifié, que vos élus vous font honneur.

Mais j'en reviens à vous, Messieurs les Membres de la Société de chirurgie, car je n'ai pas tout dit en vous parlant science et art ; à côté du chirurgien il y a l'homme et vos fondateurs ne l'avaient pas oublié. Il suffit, Messieurs, de tourner nos regards vers cette tribune et de voir quels sont les hommes qui vous représentent aujourd'hui pour être bien convaincu que vous avez fait honneur à votre devise : *Vérité dans la science*, *moralité dans l'art*. J'ai dit.

Enfin M. le Dr Eugène Bœckel (de Strasbourg) prend la parole au nom des membres correspondants nationaux.

ALLOCUTION

AU NOM DES MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

Par M. Eugène Bœckel (de Strasbourg).

Messieurs et chers Collègues,

Au nom des correspondants nationaux je viens souhaiter longue et brillante vie à notre vénérable mère, la Société de chirurgie de Paris, à propos du cinquantenaire de sa fondation.

Cinquante ans, c'est beaucoup dans la vie d'un homme ; ce laps de temps comprend ses meilleures, ses plus belles années que beaucoup d'entre nous, hélas ! ont déjà dépassées.

Pour une Société c'est peu de chose, c'est presque l'enfance ou tout au moins la jeunesse avec son épanouissement radieux, tel que nous le voyons chez vous et qui durera, tout nous l'assure, une longue période encore.

Fondée en 1843 sur un pied modeste, la Société de chirurgie ne s'est adjoint dans ses quinze premières années que 45 correspondants nationaux; aujourd'hui elle en compte 125 et ce cadre est trop petit pour admettre tous ceux qui demandent à y entrer et qui en seraient dignes.

Il est vrai que, dans l'intervalle, deux découvertes ont révolutionné la chirurgie et étendu son champ d'action au delà de tout ce qu'on pouvait rêver: c'est d'abord l'anesthésie et plus tard l'antisepsie.

Grâce à la première, beaucoup de médecins et encore plus de malades qui n'auraient pas osé affronter les horreurs de l'ancienne chirurgie, ont pu recourir aux bienfaits de notre art. D'un autre côté, l'antisepsie rend les interventions les plus hardies à peu près inoffensives entre les mains de tous ceux qui veulent la pratiquer sérieusement, si bien que de nos jours il faut se retenir pour ne pas recourir trop facilement au bistouri. Il en est résulté que le nombre des chirurgiens a certainement quadruplé et celui des opérations plus que décuplé en comparaison d'il y a cinquante ans.

De tous côtés, en France, il s'est formé des centres chirurgicaux importants qui n'existaient autrefois que dans quelques grandes villes. Mais ces forces disséminées ont besoin d'un point de ralliement pour ne pas se perdre sans profit et c'est à la Société de chirurgie que viennent affluer les travaux pour y être scrutés, discutés et finalement consacrés par la nomination de leur auteur au titre de *membre correspondant.*

Ce sont peut-être les chirurgiens de Paris qui ont retiré le plus d'avantages de la découverte de l'antisepsie. Car avec les anciens pansements, l'accumulation des blessés dans les hôpitaux de la grande ville y créait des foyers d'infection qui annulaient l'habileté des meilleurs chirurgiens. Si bien qu'il y a moins de trente ans on était obligé d'avouer à la Société de chirurgie qu'il était très rare de voir guérir à Paris un amputé de cuisse. Les trépanations, les laparotomies étaient prescrites comme ne réussissant jamais. On avait peur de recourir au bistouri, parce que son emploi était presque inévitablement suivi d'érysipèle ou même d'infection purulente, et l'on s'ingéniait à inventer des méthodes d'exérèse et de diérèse non sanglantes, telles que la cautérisation en flèche, l'écrasement linéaire, la galvanocaustie. Les maîtres de Paris brillaient toujours par le diagnostic, mais ils se trouvaient dans un état

d'infériorité sous le rapport de la thérapeutique qui s'accommodait mal de ces restrictions.

Nous pouvions alors tenter en province des opérations qui vous étaient défendues à Paris en raison de l'infection du milieu, et le mot d'ordre était la dissémination des blessés, le traitement sous la tente ou même en plein air. L'idéal eût été que chaque opéré fût installé à la campagne dans une maison isolée; de cette façon il y aurait bien trouvé un air salubre, mais en étant privé des lumières des chirurgiens éminents, rivés à la grande ville.

Avec les immortelles découvertes de Pasteur, appliquées à la chirurgie par A. Guérin d'abord et plus complètement par Lister, tout change de face, tout se concilie. La réunion des blessés dans les grands centres n'offre plus d'inconvénients, au grand profit de l'instruction et des malades eux-mêmes, puisqu'ils y trouvent des soins plus éclairés et plus minutieux. Les hôpitaux de Paris sont toujours aussi peuplés qu'il y a trente ans, mais les blessés n'y meurent plus comme autrefois, et l'heureuse génération chirurgicale de nos jours peut y recueillir une ample moisson d'expérience et de succès.

On n'a qu'à parcourir vos *Bulletins* pour y trouver de longues séries d'opérations, heureusement pratiquées sur les organes splanchniques, réputés les plus inaccessibles : cerveau, foie, poumon, estomac, tout y passe sans compter les reins, les organes génitaux de la femme, etc.

Grâce à l'antisepsie vous avez repris la tête du mouvement; nous pouvons en province vous suivre, chercher à vous égaler, mais pas vous dépasser. Cette grande accumulation de malades qui était autrefois une source d'infériorité, constitue votre suprématie en augmentant énormément votre champ d'étude.

Aussi nous, les fils adoptifs de la Société, nous sommes toujours heureux de revenir à notre mère, ne fût-ce que pour un moment, et de nous retremper au contact des immenses ressources de la capitale.

Nous souhaitons de tout cœur que la Société de chirurgie de Paris reste prospère et glorieuse et qu'elle devienne de plus en plus, par le fait de ses correspondants, la Société de chirurgie de France, de cette grande Blessée qui se relève et que nous aimons tous.

Séance du 8 novembre 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la quinzaine ;

2° Lettre de M. Choux, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national, et envoyant à l'appui la liste de ses titres scientifiques ;

3° Lettre de M. Anger, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ; de M. Pozzi, demandant une prolongation de congé jusqu'à la fin de novembre ; de M. Reclus, demandant un congé pour la durée du concours de la médaille d'or ; de M. Terrier, demandant un congé pour la durée du cours dont il est chargé à la Faculté ;

4° Lettre de la Société obstétricale et gynécologique do Saint-Pétersbourg invitant la Société à prendre part, le 9/21 décembre prochain, « à la célébration du 25e anniversaire du fonctionnement médical et scientifique du président de la dite Société, M. Kronid de Slaviansky, membre associé de la Société de chirurgie de Paris » ;

5° Lettre de M. le Dr Rolland (de Toulouse), demandant à la Société de prendre part à une souscription ayant pour but de racheter la sépulture du Dr Voycikowski, qui a pratiqué la première ovariotomie faite en France avec succès ;

6° *Chirurgie de maître Henri de Mondeville composée de* 1306 *à* 1320. Traduction française par E. Nicaise ; offert à la Société de chirurgie par M. Nicaise ;

7° *La pratique de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie*, par M. Ed. Schwartz ; offert à la Société par M. Schwartz ;

8° Une série de brochures en italien adressées à la Société par M. le Professeur Sangalli, membre correspondant étranger, en souvenir du cinquantenaire de la Société ;

9° Une série de mémoires adressés pour concourir aux prix de la Société :

a. *De la cure radicale de la hernie ombilicale.* — Devise : *Il ne faut jurer de rien* (Prix Gerdy);

b. Deuxième mémoire sur le même sujet. — Devise : *Primum non nocere* (Prix Gerdy) ;

c. Troisième mémoire sur le même sujet. — Devise : *Guérir radicalement quelquefois, sauver souvent, soulager toujours*, etc. (Prix Gerdy) ;

d. *Des accidents encéphaliques consécutifs aux otites, spécialement au point de vue du traitement.* — Devise : *Brevis esse laboro, obscurus fio* (Prix Laborie) ;

e. *Du Cathétérisme rétrograde.* — Devise : *Fac et Spera* (Prix Laborie) ;

f. *Des phlegmons sublinguaux*, par MM. Huguet et de Boris (Prix Ricord).

M. Périer donne lecture de la lettre suivante qu'il a reçue de M. Marjolin.

Mon cher Président,

Je viens vous prier d'être mon interprète auprès de mes chers et honorables collègues de la Société de chirurgie et de leur exprimer, de ma part, combien j'ai été ému et touché des preuves de sympathie et d'affection qu'ils ont bien voulu me donner dans la séance du cinquantenaire. Ces témoignages me seront un bien précieux souvenir, et je suis sûr que mes remercìements transmis par vous, mon cher Président, auront encore plus de valeur.

Votre bien sincèrement dévoué,

Marjolin.

Décès du professeur Le Fort.

M. Périer. Après cette agréable mission, j'ai, Messieurs, le triste devoir d'annoncer le décès du professeur Léon Le Fort, membre de notre Société depuis 1866. Vous savez quelle part très active il a prise à ses travaux qu'il a dirigés en qualité de Président pendant l'année 1875.

Ses obsèques ont eu lieu le 23 octobre dernier loin de Paris, dans le département du Loiret, où la mort l'avait frappé brusquement. J'y ai représenté la Société de chirurgie, et en son nom, j'ai adressé à notre collègue un suprême adieu.

A la solennité du cinquantenaire, M. Verneuil qui présidait, puis M. Monod, secrétaire général, vous ont dit ce qu'était l'homme et le savant, avec quelle unanimité on rendait hommage à sa probité scientifique et professionnelle.

Aujourd'hui, je viens à mon tour dire encore une fois combien sont profonds les regrets que nous cause la perte si cruelle et si imprévue d'un ancien Président qui avait tant de droits à notre reconnaissance.

Je lève la séance en signe de deuil.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 15 novembre 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Bazy, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

3° *Péritonite tuberculeuse à forme sèche généralisée. Laparotomie. Amélioration. Mort deux mois après l'opération,* par M. Demmler, membre correspondant ;

4° *Kyste hydatique multiloculaire primitif de la plèvre droite. Ouverture large avec résections costales. Guérison,* par M. Reboul, membre correspondant ;

5° *Rate déplacée dans la fosse iliaque droite et à pédicule tordu. Splénectomie,* par M. Heurtaux (de Nantes), membre correspondant ;

6° Trois brochures : *Ostéome des cavaliers. — Résection ancienne du coude. — Traitement des abcès du foie ouverts dans la cage thoracique,* par M. Ferron, médecin principal de l'armée ;

7° *Traité élémentaire et pratique de pathologie et chirurgie gynécologique* (premier volume : organes génitaux externes, urètre, vagin ; 1 vol. in-8° en espagnol. Caracas, 1893), par M. Ponte, de Caracas (Venezuela) ;

8° Lettre de M. Aug. Reverdin, membre correspondant étranger, adressant à la Société un nouveau modèle de drains en caoutchouc rouge pleins, présentant plusieurs rainures, destinées à faciliter l'écoulement, et contournés en spirale pour favoriser leur introduction ;

9° La lettre suivante adressée par la Société de médecine d'Angers.

Monsieur le Secrétaire général et cher Collègue,

Je vous prie de porter à la connaissance de nos collègues de la Société de chirurgie l'ordre du jour suivant, voté hier à l'unanimité par les membres de la Société de médecine d'Angers, réunis en leur séance du mois de novembre :

« Les membres de la Société de médecine d'Angers, s'honorant du souvenir de leur illustre compatriote Aug. Bérard, fondateur de la Société de chirurgie de Paris, sur la proposition de MM. les Drs Farge, ancien élève de Bérard à la Pitié, Dezanneau, Gripat et Monprofit, correspondants de la dite Société de chirurgie, remercient cette savante Compagnie et en particulier M. le Dr Monod, son secrétaire général, de l'éloge si complet et si mérité d'Auguste Bérard et de l'assentiment unanime dont cet éloge a été l'objet. »

Personnellement très heureux, mon cher Collègue et ami, d'être chargé de vous transmettre cet ordre du jour, je vous prie de recevoir l'expression de mes sentiments distingués.

Dr H. Gripat,
Vice-président de la Société de médecine d'Angers.

Communications.

Sur l'histoire du pansement ouaté et la part qui lui revient dans les origines de la méthode antiseptique.

Par M. Alphonse Guérin.

Je viens aujourd'hui faire acte de contrition. Au dîner de notre cinquantenaire, mon ami Verneuil m'a reproché d'avoir abandonné la Société de chirurgie ; je tiens à dire pourquoi vous ne me voyez plus depuis longtemps parmi vous.

Mon très cher collègue aurait eu raison de me faire sentir sa

férule, si j'étais, comme lui, doué d'un savoir exubérant qu'il est utile de répandre. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et je crois que notre Compagnie n'a pas besoin de moi pour continuer l'œuvre de progrès à laquelle collaborent de jeunes chirurgiens à qui je n'ai pas grand chose à apprendre.

M. Verneuil m'eût peut-être excusé, s'il avait su que le vieux chirurgien qu'il réprimandait rend hommage à la Société en allant à l'hôpital demander à quelques-uns de ses membres de lui apprendre à pratiquer, par les nouveaux procédés, la cure radicale des hernies, l'hystérectomie par morcellement, etc; on apprend ainsi à juger et à opérer plus sûrement qu'en entendant des discours.

Les vieux, toujours tentés de croire qu'ils ont dit le dernier mot de la science, sont disposés à juger sévèrement les vérités nouvelles.

Si je m'étais contenté de venir ici, j'aurais peut-être cru que la cure radicale des hernies ne peut pas être pratiquée plus heureusement que par le procédé de Gerdy que j'avais abandonné après un insuccès. Combien je regretterais d'avoir pris la parole ici avant d'être éclairé. J'aurais pu ne pas être indulgent pour les chirurgiens qui pratiquent l'hystérectomie par morcellement, et maintenant, je crois qu'un opérateur n'a pas besoin d'une grande habileté pour pouvoir, sans imprudence, tenter cette opération.

J'espère que la Société voudra bien admettre les circonstances atténuantes que je viens d'invoquer. Je lui demande, maintenant, la permission de traiter un point d'histoire de la médecine qui, peut-être, n'est pas suffisamment connu, bien que j'aie dit déjà plusieurs fois à l'Académie — où je n'ai pas trouvé de contradicteurs — tout ce que je me propose de répéter aujourd'hui.

Personne n'est aussi mal doué que moi sous le rapport de la vulgarisation d'une idée. Jugez-en : ce n'est pas seulement à l'Académie que j'ai traité le point d'histoire dont je veux vous entretenir, je l'ai exposé dans une conférence aux *Dames françaises*, société devant laquelle, peu de jours avant moi, M. Pasteur avait charmé son auditoire.

Un de mes élèves, Lemittouard, jeune médecin militaire, revendiquait en ma faveur, il y a deux ans, dans une thèse soutenue à Lyon, la part qui me revient dans la chirurgie aseptique et antiseptique. Mais comme mes prétentions n'ont pas trouvé de contradicteurs, elles n'ont pas fait assez de bruit pour arriver jusqu'à vous.

Vous devinez, sans doute, que c'est de l'origine du pansement ouaté que je veux vous entretenir. Soyez indulgents; je suis arrivé à cet âge maudit où l'on ne craint pas de se répéter, au risque de ne pas être amusant.

Pensez aussi que, en me répétant, je ne fais que me dédommager d'un silence que, plus d'une fois, j'ai eu l'occasion de rompre.

Dès 1847, je combattais la doctrine unanimement adoptée qui, depuis les travaux de Dance, attribuait les abcès métastatiques à l'inflammation des veines. Pour moi, cet accident, que nous observions tous les jours, était la conséquence de l'empoisonnement dos blessés par les émanations des plaies, que j'appelais miasmes, substance qui, disais-je, n'est ni visible ni tangible.

Je comparais ces miasmes à ceux qui engendrent la fièvre paludéenne produite par les émanations de matières végétales putréfiées, tandis que les émanations proviennent de putréfaction animale dans le cas d'infection purulente.

Malgré l'opposition que j'avais rencontrée, je combattais toujours la doctrine de la phlébite à laquelle j'opposais celle de l'origine miasmatique, quand, en 1868 et 1869, j'eus l'occasion de soutenir mon opinion devant l'Académie où, je dois l'avouer, je ne trouvai que des opposants.

La guerre de 1870 ayant éclaté, nous eûmes la douleur de voir mourir à peu près tous les blessés qui étaient soignés dans les salles encombrées des hôpitaux.

Ma doctrine des miasmes, dans le cas d'encombrement par force majeure, n'aboutissait à aucune méthode thérapeutique, malgré les soins extrêmes de propreté qui ont toujours été une de mes plus vives préoccupations.

A force de méditer sur les causes de nos désastres, j'eus la pensée que les corpuscules que M. Pasteur avait découverts dans l'atmosphère, et qu'il avait comparés au ferment de la bière, pourraient bien être les agents que, jusque là, j'avais appelés *miasmes*.

Déjà Trousseau en avait eu l'idée, et Dibos, un de mes élèves, qui fit en 1868, sous mon inspiration, une thèse sur l'infection purulente, avait cité une phrase très significative de ce maître éminent.

Non seulement M. Pasteur avait découvert ces corpuscules de l'air, il avait, de plus, trouvé le moyen de les emprisonner dans le coton dont il s'était servi pour combattre la doctrine de la génération spontanée. Je fus donc très heureux de pouvoir dire que les travaux de M. Pasteur m'avaient guidé pour la confection du pansement ouaté. Si mon éminent collègue de l'Académie avait eu quelques notions de médecine, il eût peut-être deviné que parmi ces corpuscules il y en a qui sont capables d'engendrer des maladies.

Il n'y avait pas pensé lorsque j'allai lui exposer la doctrine que je proposais sur la production de l'érysipèle et de l'infection puru-

lente. Il ne savait pas bien de quels accidents des blessés je l'entretenais, mais quand je lui eus fait comprendre que les corpuscules de l'air, auxquels il avait attribué la fermentation, pouvaient, dans certaines circonstances, acquérir des propriétés nocives capables de tuer les blessés entassés dans les salles de chirurgie après m'avoir exprimé son étonnement, il me demanda où il pourrait voir cela.

Je n'étais pas allé le trouver en supposant qu'il avait quelque connaissance sur un sujet qui n'avait cessé de me préoccuper depuis 1847, mais comme la doctrine que je soutenais à l'Académie n'était admise par personne, j'avais demandé à Wurtz, qui en avait compris l'importance, de m'indiquer un savant ayant une grande autorité qui pût contrôler les faits sur lesquels je m'appuyais. Je soutènais que lorsque, à l'aide du coton, filtrant l'air d'une salle où régnait l'infection purulente, on empêchait les corpuscules de l'air d'arriver sur les plaies, le pus ayant stagné pendant plusieurs semaines sous le pansement ne contenait pas les vibrions qui existent en quantité innombrable dans le pus ordinaire, même quand il n'a été exposé à l'air que pendant un temps très court.

Je m'appuyais déjà sur deux savants de premier ordre, MM. Hayem et Renaut (de Lyon) qui, en 1871, avaient constaté la vérité de mes assertions; mais comme ils n'avaient pas alors l'autorité qui s'attache maintenant à leurs travaux, je cherchais un savant dont l'opinion s'imposerait.

Wurtz m'indiqua d'abord Sainte-Claire Deville, puis, après réflexion, il me dit : « C'est Pasteur qui étudierait cette question avec le plus d'intérêt ; malheureusement il vient d'être atteint de paralysie ». Quinze jours plus tard, me retrouvant avec Wurtz au Conseil de l'Assistance publique, il m'engagea à aller voir M. Pasteur dont la santé se rétablissait.

Je vous ai dit l'étonnement de cet illustre savant quand je lui exposai la doctrine qui, plus tard, fut appelée microbienne.

Hayem avait constaté quelques vibrions (c'est le nom que l'on donnait aux microbes à cette époque) dans le pus d'un blessé. Renaut n'en avait pas trouvé dans celui qui fut soumis à son examen, tandis que l'un et l'autre les voyaient grouiller dans le pus ordinaire. M. Pasteur et M. Gayon, son préparateur, étant venus à l'Hôtel-Dieu, constatèrent que le pus de mes blessés était parfaitement pur. M. Gayon, qui venait de faire pour le doctorat ès-sciences un travail sur l'examen microscopique des œufs conservés, déclara que le pus de mes malades ressemblait à ce qu'il avait vu dans les œufs ; dans les deux il voyait des cristaux, et la partie liquide était transformée en une émulsion graisseuse.

M. Pasteur me parut très impressionné par cet examen qu'il voulut bien renouveler à diverses reprises, pendant deux ans. Je crois, que, dès cette époque, il eût adopté sa doctrine de la production des maladies par les corpuscules animés qu'il avait comparés au ferment de la bière, si les discussions à l'Académie de médecine et les conversations qu'il avait avec Gosselin ne l'avaient pas un peu ébranlé.

Il était cependant bien près d'accepter nos idées, lorsque le malheur voulut qu'une commission de l'Institut, composée de MM. Larrey, Pasteur et Gosselin, vînt, en 1874, à l'Hôtel-Dieu pour contrôler de nouveau l'état du pus de mes blessés. A ce moment je n'avais dans mes salles qu'un malade pansé à la ouate; je le fis descendre à l'amphithéâtre.

Je crois que M. Kirmisson était un des internes de mon service; malheureusement ce n'était pas lui qui avait fait le pansement. Quand on enleva la ouate, nous découvrîmes un membre noir de cambouis et de toutes espèces de saletés. J'aurais dû ne pas consentir à ce qu'on examinât le pus de ce blessé qui, étant entré le soir à l'hôpital, avait été pansé par un élève de garde qui ne se doutait pas des lavages antiseptiques auxquels je soumettais les malades avant d'appliquer la ouate et les bandes.

C'est ce malade qui fit dire et répéter par Gosselin que le pus de mes blessés contenait des microbes.

Malgré mes protestations, M. Pasteur fut impressionné par Gosselin qui, chargé du rapport de la commission du prix Monthyon, soutint que, si mon pansement était utile, la doctrine sur laquelle je l'étayais n'était pas fondée.

Bien que l'Institut m'eût accordé le prix, Gosselin triomphait; il avait fait admettre que ce ne sont pas les corpuscules émanant des plaies qui donnent lieu à l'infection purulente. Il triomphait doublement parce que, disait-il, M. Pasteur ne m'avait pas défendu. Jusqu'à sa mort il n'a cessé de me le répéter.

J'ai déjà dit cela à l'Académie et dans plusieurs publications, sans que l'on ait cherché à combattre cette assertion. Je l'ai regretté, car je n'aurais pas eu de peine à démontrer, que M. Pasteur, cet illustre savant, pour qui personne n'a plus d'admiration que moi, n'adoptait pas encore la doctrine microbienne lorsqu'il publia son livre sur la bière, qui porte la date de 1876. Dans ce livre, après avoir rappelé les travaux remarquables de Davaine, ceux de Coze et Feltz, et reproduit une lettre que Lister lui écrivait en 1874, voici ce qu'il dit de moi, avant de parler de M. Déclat:

« Le pansement ouaté du Dr Alph. Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, pansement qui a rendu déjà de grands services à la chirur-

gie et qui a été l'objet d'un rapport très favorable à l'Académie des sciences, a été imaginé par son auteur à la suite des réflexions que lui avait suggérées la lecture de mes recherches. La commission chargée du rapport a fait, par l'organe de M. Gosselin, de sages réserves au sujet des idées théoriques de l'auteur, par la raison que M. Alph. Guérin ne les avait pas suffisamment établies expérimentalement, mais je ne doute pas que, le jour où l'on abordera cette démonstration, les faits confirmeront la vérité et la fécondité des vues du chirurgien de l'Hôtel-Dieu. »

Vous avez bien entendu ; tous ceux qui ne liront que le premier paragraphe, disant que mon pansement a été imaginé à la suite des réflexions que m'avait suggérées la lecture des recherches de M. Pasteur croiront que M. Pasteur avait déjà formulé quelque chose ressemblant à l'ébauche d'une doctrine de la génération des maladies et que je n'ai fait que l'adopter. C'est pour cela que l'on ne parle que de mon pansement, et que l'on ne dit jamais la part que j'ai prise à la doctrine qui a révolutionné nos idées en médecine.

Si vous relisez avec attention le second paragraphe, où il est question des sages réserves au sujet de mes idées théoriques, vous comprendrez que M. Pasteur, que l'on a présenté toujours comme l'auteur des progrès de la chirurgie, n'était pas encore acquis à ma doctrine en 1876.

Si je n'étais pas allé le chercher, pour vérifier les faits sur lesquels elle s'appuie, il n'aurait probablement jamais eu la pensée de faire les travaux qui ont immortalisé son nom.

La rage, le choléra des poules, l'atténuation des virus n'auraient pas été étudiés, et ce serait un grand malheur pour notre pays, je devrais dire pour le monde entier.

Il a raison quand il dit que ses recherches m'ont suggéré la pensée de la doctrine de l'empoisonnement des plaies et du sang par les corpuscules qu'il avait vus dans l'air; mais, de ce qu'il nous avait appris leur rôle dans la fermentation, il ne résulte pas qu'il avait pensé que ces corpuscules peuvent, dans certaines conditions, engendrer les maladies. Lavoisier avait découvert l'oxygène dans l'air, et personne ne pense à lui attribuer le mérite d'avoir indiqué que ce gaz peut être employé efficacement en médecine.

J'ai, il est vrai, utilisé le filtrage de l'air par le coton; mais ni le filtrage de l'air, ni la notion de ferment dans l'air ne peuvent être invoqués pour attribuer à un autre que moi l'origine de la doctrine microbienne. Si M. Lister reconnaît avoir été influencé par les travaux de M. Pasteur, il ne peut pas l'avoir été par la doctrine

microbienne, puisqu'en 1874, époque où il écrivait à M. Pasteur notre illustre compatriote ne l'avait pas encore acceptée.

Que l'on dise que j'ai utilisé pour le pansement ouaté la découverte des corpuscules animés de l'air et le filtrage par la ouate, je l'ai reconnu et proclamé; mais si je suis toujours convaincu que mon pansement a des qualités incontestables qu'il doit au filtrage de l'air, à l'immobilisation des parties dont on veut obtenir la réunion, à l'ischémie par la compression, à l'inoculation, je tiens encore plus à la doctrine qui me l'a inspiré. Elle est née dans mon esprit par la méditation, et je tiens à redire qu'à l'époque où je la conçus, elle était la suite de la doctrine des miasmes que, dès 1847, j'avais soutenue dans ma thèse inaugurale.

Quand je soutins que les accidents auxquels succombaient les blessés des salles de chirurgie sont la conséquence de l'absorption des corpuscules de l'air, devenus malfaisants dans un milieu de purulence, si M. Pasteur n'avait pas pensé que cela pût être, c'est qu'il ignorait l'existence de l'infection purulente.

J'ai tenu à redire cela ici pour qu'une sorte de légende n'empêche pas de reconnaître ce qui m'appartient.

Je tiens aussi à rappeler que la compression élastique, qui joue un si grand rôle dans la confection d'un bon pansement ouaté, avait été utilisée avant moi par M. Burggrave (de Gand). Je tiens d'autant plus à lui rendre cette justice, qu'il a recherché toutes les occasions d'attaquer mon pansement dans son journal.

Je veux encore, en finissant, rappeler que, dans une note lue à l'Institut au mois de mars 1874, je prévoyais l'avenir réservé à la doctrine microbienne: « Si cette doctrine est vraie, disais-je, pourquoi ne pas demander au microscope le secret de toutes les affections septicémiques? » Depuis cette époque, cette vue de l'esprit s'est grandement réalisée.

A l'appui de sa communication, M. Alphonse Guérin dépose sur le bureau de la Société deux notes imprimées adressées par lui à l'Académie des sciences :

La première a pour titre : *Du rôle pathogénique des ferments dans les maladies chirurgicales.* Nouvelle méthode de traitement des amputés.

La seconde est intitulée : *De l'influence des ferments sur les maladies chirurgicales.*

De la recherche du bout supérieur, dans la blessure des tendons fléchisseurs des doigts.

Par M. Félizet.

La blessure des tendons fléchisseurs, à la main et au poignet, est un accident fréquent dans les quartiers ouvriers qui environnent l'hôpital Tenon. Dans les rues, les enfants, commissionnaires habituels du ménage, portent généralement des litres et les chutes sont fréquentes. Au logis, les outils de la profession du père sont à portée de leurs mains. Aussi sur vingt cas de blessure des fléchisseurs que nous avons eu l'occasion de traiter, dans l'espace de trois ans, dix sont-elles causées par les éclats de verre de litres brisés. Les dix autres se répartissent ainsi :

Plaies par tranchet	2
— par couteau	2
— par verre de lampe	4
— par vitre	2

Nous ne parlons pas ici de ces grands délabrements du genre de celui dont on vous entretenait au cours d'une des dernières séances et dans lesquels la région antibrachiale inférieure était divisée transversalement en entier. Nous éliminons également la blessure du tendon fléchisseur propre du pouce, à laquelle les remarques qui suivent ne s'appliquent pas.

Nous ne relevons que la blessure, au poignet et à la main, des tendons fléchisseurs des quatre doigts, et en particulier celle qui intéresse la flexion d'un seul doigt, de deux doigts tout au plus.

La plaie est généralement petite, et c'est précisément à l'occasion de ces traumatismes bien limités que la suture des tendons rencontre parfois des difficultés déconcertantes.

L'attitude du membre est caractéristique : le poignet est à demi-fléchi, le doigt correspondant au fléchisseur intéressé est dans l'extension, avec parfois, une demi-flexion de la dernière phalange, les autres doigts sont fléchis et, suivant les circonstances, contracturés.

Que la plaie soit petite, ou qu'elle soit grande, il faut, à tout prix, voir clair, car alors même que l'accident n'est pas récent, il est formellement indiqué de rapprocher, par une suture, les extrémités du tendon divisé.

On fait donc, dans la ligne du tendon, une incision de longueur convenable. Dans l'exécution de cette manœuvre, le garrot élastique rend les plus grands services, car l'ischémie produite permet

au chirurgien, voyant ce qu'il fait, d'éviter la blessure de l'arcade palmaire et des cordons nerveux.

La découverte du bout inférieur est chose facile : la flexion de la phalange ou du doigt le fait paraître dans l'angle inférieur de la plaie.

Pour le bout supérieur, il n'en est pas toujours ainsi : on a reconnu la gaine, on l'a ouverte, on l'explore, on en sonde la partie supérieure, sans trouver le bout central du tendon fléchisseur.

On cherche, avec une pince à griffe à le rejoindre *au jugé* et à l'attirer ; on masse méthodiquement de haut en bas le corps charnu des muscles de l'avant-bras ; de guerre lasse on agrandit la plaie, et souvent c'est en vain.

Il n'y a pas un d'entre nous qui n'ait gardé le souvenir de cette patiente poursuite du bout supérieur, laquelle ne réussit souvent qu'au prix de délabrements considérables.

Je voudrais vous signaler un moyen simple et d'une exécution facile, qui m'a permis plusieurs fois de découvrir le bout supérieur, non pas en l'allant chercher au plus loin de son retrait, mais en le faisant venir, comme de lui-même, se présenter, au grand jour, sous vos yeux.

J'avoue que c'est un peu au hasard que j'en dois la trouvaille, mais j'ajouterai que la théorie n'y est pas entièrement étrangère, car ce moyen est basé sur l'utilisation d'une petite disposition anatomique que vous connaissez certainement mieux que moi dans ses détails, je veux parler de l'existence de ces petits tractus fibro-séreux, *vincula tendessum*, qui, dans la grande gaine carpienne, relient çà et là les tendons contigus et les solidarisent dans une certaine mesure.

A l'occasion d'une blessure à la paume de la main du tendon fléchisseur du médius, par exemple, vous avez élargi la plaie et vous avez fléchi les doigts du petit blessé : le bout inférieur est apparu et vous l'avez embroché dans une anse de soie.

Vous cherchez le bout supérieur et vous ne le trouvez pas.

Ce bout supérieur vous allez le faire émerger presqu'à coup sûr, sans traction, sans tâtonnement, sans peine, si vous portez dans l'extension forcée les trois autres doigts qui l'avoisinent, soit même seulement l'annulaire.

En étendant les doigts voisins, vous avez attiré les tendons, et avec eux les tractus fibro-séreux qui ont ainsi abaissé et amené sous vos yeux le bout supérieur du tendon coupé.

C'est un résultat que nous avons à peu près constamment obtenu, que le traumatisme portât sur la main ou sur le poignet.

Il y a plus : l'utilisation de ce petit détail anatomique des tractus

séreux présente, au point de vue de l'opération de la suture, une application qui n'est pas sans intérêt.

Une des causes de l'insuccès de la suture des tendons réside dans la rétraction du bout supérieur, en dépit de la précaution prise de maintenir fléchi le doigt correspondant, de façon à assurer le contact intime et prolongé des surfaces à réunir.

Sans doute, la suture solide des surfaces divisées peut s'opposer à cette rétraction en haut, mais il est préférable de ne pas imposer cette épreuve à une déligation dont l'objet principal est d'assurer le repos des parties à fusionner.

Le secours contre les effets de la rétraction du bout supérieur, nous le demandons au tendon voisin, en imitant le principe et en renforçant la puissance des tractus fibro-séreux, dont nous venons de parler, au moyen d'un ou de deux points de suture au catgut fort, qui accollent et solidarisent le tendon sain et le bout supérieur à un bon centimètre au-dessus de son interruption.

C'est sur cette sorte de *greffe par approche* que l'effort de la rétraction s'épuisera, se dépensant tout entière, en dehors du foyer de la suture des bouts, au succès de laquelle le repos est nécessaire. Mais pour que cette fixation soit vraiment efficace, il faut que la greffe par approche soit faite *aussi bas que possible*, et pour qu'elle se fasse bas, il faut relever le tendon de soutien, ce qu'on réalise en fléchissant le doigt dont on emprunte le cordage.

Dans cette flexion du doigt, le tendon se relève, et vient, pour ainsi dire, chercher le bout supérieur du tendon blessé. Quand la fixation latérale est opérée, il suffit de porter ce doigt dans l'extension pour que les deux tendons couplés s'abaissent de concert, et dans cette descente c'est le bout supérieur qui marche à la rencontre du bout inférieur, trouvé tout d'abord. La suture des deux bouts se fait alors avec facilité et le procédé mis en usage importe peu, pourvu que l'accollement soit large et franc.

Les sutures font cet accollement exact, nous savons d'autre part qu'il ne sera pas tiraillé et que la fusion pourra se réaliser tranquillement entre un bout supérieur que l'extension forcée du doigt voisin maintient très bas et un bout inférieur que la flexion du doigt correspondant à la blessure maintient très haut.

Dans cette attitude et dans de telles conditions, la fusion des deux bouts a toutes les chances possibles de réussir, car nous avons réalisé une immobilité stable, à la faveur de laquelle des tissus fibreux d'une vitalité pauvre pourront subir ce processus de retour à l'état embryonnaire dont l'évolution aboutira à la formation d'une cicatrice solide, analogue à celle qui réalise la guérison radicale des hernies inguinales de l'enfance, à la suite de la suture sérieuse des piliers.

Ainsi la flexion du doigt dont le tendon est blessé et l'extension du ou des doigts voisins, tels sont les mouvements qui nous permettent de découvrir les extrémités tendineuses sans avoir à faire les délabrements étendus que l'exiguïté des parties ne nous permet pas de faire chez les enfants. Telles sont aussi les attitudes qui, sévèrement maintenues dans l'inamovibilité d'un appareil plâtré, nous assurent *l'élévation du bout inférieur*, *l'abaissement du bout supérieur*, en définitive la rencontre des bouts à fusionner et l'accollement exact de leurs surfaces, dans une immobilité qui ne sera troublée ni par les soubresauts des muscles, ni par l'indocilité des petits blessés.

Sur la dégénérescence caverneuse de la muqueuse utérine à la suite de certaines métrorragies,

Par M. Quénu.

La lecture d'une observation présentée tout dernièrement, en septembre 1893, par Boldt (de New-York), au congrès américain de Washington et intitulée *angiome caverneux de l'utérus enlevé par hystérectomie vaginale*, m'engage à ne pas différer la communication dont j'ai donné plus haut le titre et qui est relative à une malade que je suis depuis 1891. Voici l'observation telle qu'elle m'a été résumée par la malade elle-même :

Cette dame était âgée de 34 ans, lorsque je lui ai donné mes premiers soins ; réglée à 15 ans et demi, elle a eu son premier enfant à l'âge de 27 ans, son second enfant avant terme, deux ans et demi après. Jusque-là, la santé avait été parfaite, la menstruation normale et régulière. En 1889, des pertes blanches survinrent, puis à la fin de l'année, en novembre et décembre, quelques pertes rosées entre les époques. Aucun autre phénomène douloureux qu'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et dans les reins.

De mars à juin 1890, des pertes sanguines incessantes, avec un seul répit de quelques jours, occupèrent l'intervalle des règles. Un chirurgien de province, ancien interne des hôpitaux, alors consulté, diagnostiqua une métrite et pratiqua le brossage et la cautérisation avec une solution de chlorure de zinc.

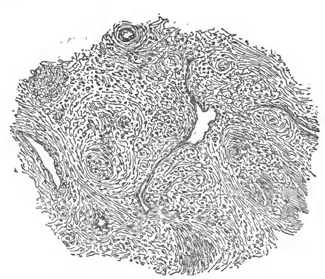
Les pertes s'arrêtèrent deux mois, mais en septembre elles reparurent très abondantes et presque continuelles.

Trouvant la matrice épaissie et augmentée de volume, le médecin fit, d'octobre 1890 à avril 1891, 30 séances d'électrolyse.

L'amélioration fut minime, et le 25 mai, c'est-à-dire un mois après, un curettage avec attouchement à la créosote était exécuté. Le mois de juin se passa sans pertes.

En juillet et août, il y eut suppression des règles. En septembre les pertes reparurent, et c'est alors qu'au commencement d'octobre 1891, la malade vint à Paris me consulter. Je constatai que l'utérus était seul en cause, les annexes étaient sains, non douloureux à la pression. L'utérus était augmenté de volume avec une direction à peu près normale. Aucun corps fibreux. Je pratiquai le curettage suivi d'une cautérisation avec une solution de chlorure de zinc au 1/10°. La malade eut l'espoir d'être guérie. Les mois de novembre, de décembre 1891 et janvier 1892 se passèrent en effet sans métrorragie, la pesanteur avait diminué, la marche était devenue facile.

Mais en mars, les époques se rapprochèrent, revinrent toutes les



Dégénérescence caverneuse de la muqueuse utérine.

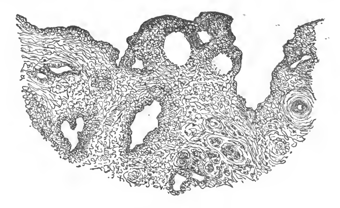
trois semaines. A partir de juin, hémorragies légères, mais continuelles jusqu'au mois d'août. Au mois d'août, les métrorragies augmentèrent d'importance, et la malade revint, notablement anémiée et très découragée, me consulter au commencement d'octobre 1892, c'est-à-dire il y a un peu plus d'un an.

Je soumis le col à une dilatation très complète, afin d'explorer minutieusement la cavité utérine et de m'assurer qu'aucun corps fibreux n'y faisait saillie. Cette exploration demeura absolument négative. Nous restions donc en présence de ce même diagnostic de métrite hémorragique, car ni l'état des annexes, ni l'état général ne pouvaient nous rendre compte de la persistance des pertes. Mme X... est une femme pondérée, nullement hystérique. Le foie, le cœur, les reins n'offraient rien d'anormal, pas de sucre dans les urines, aucune disposition hémophilique.

Dans les premiers jours de novembre, je pratiquai l'opération sui-

vante : je fis sur le col une incision circulaire, décollai la vessie en avant, défonçai le cul-de-sac postérieur; j'excisai le col comme pour une hystérectomie vaginale, puis j'incisai l'utérus sur la ligne médiane.

Je pratiquai au fur et à mesure de l'abaissement l'excision de la muqueuse utérine domt il ne resta que deux petits entonnoirs répondant chacun à l'orifice de la trompe. Le fond de l'utérus et la muqueuse qui le revêt furent ainsi entièrement respectés; perte de sang minime; 5 ou 6 pinces de Kocher appliquées sur les surfaces saignantes, et quelques tampons suffirent à assurer l'hémostase. La malade quitta la maison de santé à la fin de novembre, elle eut au milieu de décembre, pendant trois jours, de très petites pertes, provenant vraisemblablement du fond et des angles de l'utérus. J'ai reçu tout dernièrement



Dégénérescence caverneuse de la muqueuse utérine.

de ses nouvelles : les règles n'ont fait que manquer en mars, avril mai et juin ; depuis, aucune espèce de perte, la pesanteur a disparu, la marche est devenue facile, la guérison semble enfin définitivement acquise.

Les fragments de muqueuse excisés ont été examinés au laboratoire de M. Cornil au point de vue bactériologique par mon ancien interne M. Carrel : aucune des diverses méthodes employées ne permit de découvrir dans la trame de la muqueuse ni dans les tissus sous-jacents la moindre trace de micro-organisme ; la muqueuse n'offrait, du reste, à sa surface aucune fongosité, aucune granulation, ni même aucune sécrétion pathologique. Nous n'avions certainement pas affaire à une métrite réinoculée dans l'intervalle des opérations successives ; les soins les plus minutieux avaient été continués après les curettages et je n'avais, pour ma part, jamais constaté la suppuration de l'utérus ; l'examen histologique de la pièce nous permit de nous rendre compte de l'opiniâtre persistance des hémorragies. Tout d'abord, le tissu utérin n'est le siège d'aucune dégénérescence néoplasique : les glandes sont, plutôt atrophiées, le chorion, sur la plupart des coupes, est transformé

en un tissu caverneux très rapproché de la surface et rappelant celui qu'on observe dans certaines structures hémorroïdaires, ou encore dans la muqueuse urétrale de certaines femmes.

La transformation caverneuse de la muqueuse utérine intervenant à la suite de l'inflammation chronique, ou en dehors d'elle, est une altération qui ne me paraît pas avoir beaucoup attiré l'attention des gynécologistes.

J'ai eu soin de parcourir les traités classiques récents de Schrœder, Schulze, Martin, etc., le livre pourtant si complet de Pozzi, le mémoire de Cornil sur l'anatomie pathologique des métrites, les *Annales de gynécologie* depuis 1887, etc. Je n'ai rien trouvé qui s'y rapportât. En 1891, Wild a publié dans le *Medical Chronicle* de Manchester deux observations de polypes utérins ayant subi la transformation angiomateuse, et noté que Barnes avait signalé des faits analogues.

Dans les deux cas de Wild, il s'agit de femmes jeunes, sans enfants, souffrant de métrorragie depuis plusieurs années : les règles, très abondantes, duraient de sept à dix jours et augmentaient l'intensité des douleurs dorsales d'ailleurs constantes.

En juin 1892, Cornil a présenté à la Société anatomique deux petites tumeurs utérines qui étaient de véritables angiomes superficiels. Enfin, tout dernièrement, a paru le trop court résumé du cas de Boldt (de New-York) : les journaux nous disent seulement que Boldt enleva par hystérectomie vaginale un angiome caverneux de l'utérus à cause des hémorragies persistantes qui avaient résisté à toute une série de curetages utérins.

L'auteur note que c'est là un spécimen unique, à distinguer des angiomes caverneux. C'est là, en effet, une première distinction qu'il importe de faire. Je n'envisage que les transformations caverneuses de la muqueuse survenant en dehors de toute espèce de néoplasme.

La structure angiomateuse n'est pas très rare, spécialement dans les tumeurs conjonctives, fibromes, myxomes et sarcomes; elle est plus exceptionnelle dans les épithéliomes. Néanmoins j'ai eu l'occasion d'assister M. Terrier dans une hystérectomie pour cancer de l'utérus pour ainsi dire transformé en tissu vasculaire. Mais, encore une fois, ce n'est pas de cette catégorie de faits que je veux m'occuper. Ceux de Wild et de Cornil rentrent plus dans mon sujet, car il paraît bien être question, non de polypes néoplastiques, mais de polypes muqueux, liés à une endométrite et par suite d'origine inflammatoire.

Je rapproche enfin de mon observation la courte description anatomique que donne Delbet au chapitre Endométrite hémorra-

gique du *Traité de Chirurgie*. Delbet signale que des vaisseaux de nouvelle formation et de forme très irrégulière prédominent au voisinage de la surface libre de la muqueuse ; sa description est renforcée d'une figure d'après une préparation de Cazin.

Il est difficile d'être affirmatif sur la question de formations vasculaires nouvelles ; la dilatation des vaisseaux normalement existants suffit bien à expliquer ce qu'on voit dans les préparations, mais ceci n'a qu'un intérêt théorique. La question pratiquement intéressante est celle-ci : à la suite de la métrite et peut-être même, dans certains cas, sans l'intervention de celle-ci, la muqueuse utérine est susceptible d'acquérir une structure caverneuse. Cette transformation n'est pas un fait isolé en pathologie générale ; nous avons déjà cité les angiectasies caverneuses de la muqueuse anorectale, celle des faux papillomes vasculaires de l'urètre de la femme ou de la muqueuse urétrale sans productions papillomateuses ; nous pouvons en rapprocher les angiomes caverneux du foie, faux angiomes dont Hanot et Gilbert ont montré les relations étiologiques avec la congestion du parenchyme hépatiques et les maladies du cœur.

A envisager tous ces faits en commun, on pourrait peut-être supposer que la transformation caverneuse est liée à la réunion de deux conditions essentielles : une modification de la paroi des vaisseaux, ordinairement de nature inflammatoire et de toute une série d'augmentations brusques et répétées de la tension vasculaire dont, pour la localisation utérine, il faudrait peut-être chercher le réflexe dans les organes ovario-salpingiens.

Il y aurait là primitivement une sorte d'exagération de la vaso-dilatation réflexe qui constitue la menstruation, portant sur une muqueuse malade à capillaires et veines altérés et entraînant la dilatation définitive des vaisseaux.

Quoi que vaille cette pathogénie, le fait d'une dégénérescence caverneuse de la muqueuse utérine ne saurait être indifférent. Les parois des vaisseaux sont minces, purement fibreuses, sans élasticité, incapables par suite de réagir contre une augmentation brusque de la pression sanguine ; elles sont vouées à d'incessantes ruptures.

De pareilles altérations ne doivent pas être aussi rares que pourrait le faire supposer la lecture des traités. Chaque chirurgien a observé des cas où, malgré un curettage bien fait pour une forme de métrite qui est le triomphe de la méthode, à savoir l'endométrite hémorragique, la guérison n'est que temporaire, les ménorragies reparaissent, puis les métrorragies.

On suppose alors, si l'on s'est assuré qu'il n'est pas question d'une dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse utérine, que

la malade n'a pas suivi avec assez de précautions le traitement post-opératoire, qu'elle s'est laissé réinoculer et le curettage recommence. On est surpris, comme je l'ai été plusieurs fois, de ne ramener avec la curette aucune fongosité, aucune granulation; on obtient un certain sursis, puis les hémorragies se renouvellent.

C'est dans de telles circonstances qu'on a proposé la ligature des artères utérines, la castration et enfin l'hystérectomie vaginale.

L'électrolyse n'a donné aucun bon résultat chez notre malade, mais nous ne savons pas quelles intensités ont été employées. Je rejette bien loin la castration, tant qu'il ne s'agit pas de métrorragies occasionnées par une lésion matérielle des annexes ; la suppression de la muqueuse angiomateuse me paraît la méthode la plus logique; cette suppression peut être réalisée par l'hystérectomie vaginale ou par l'excision.

Dans l'excision simple, on laisse un peu de la muqueuse au fond de l'utérus, ce qui ne me semble avoir aucun inconvénient. Je ne sais pas si, chez mon opérée, la communication des deux entonnoirs utérins avec le vagin, qui existait encore sept mois après l'opération, a persisté, et si, par suite, une fécondation serait à la rigueur possible. Je ne prétends pas sur un seul cas établir la supériorité d'un procédé, ni faire l'histoire clinique de l'endométrite caverneuse. Je fais appel à de nouvelles recherches, comme aussi j'invite mes collègues à faire examiner histologiquement la muqueuse utérine, chaque fois que des curettages bien faits n'auront pas réussi à supprimer les pertes d'anciennes métrites et que l'ovaire et la trompe auront été mis hors de cause.

Discussion.

M. Reynier. Dans la communication si intéressante de M. Quénu, il y a une partie histologique relative à la dégénérescence caverneuse de la muqueuse utérine qu'il a pu observer lui-même, et qui est hors de contestation. Toutefois je pense qu'il est des métrorragies qui ne sont liées à aucune lésion utérine, et dans lesquelles la castration donne de bons résultats. J'ai pu observer une jeune femme atteinte d'hémorragies utérines graves chez laquelle le curettage et les cautérisations au chlorure de zinc demeurèrent sans résultat. Je pratiquai chez elle la laparotomie et j'enlevai deux ovaires énormes qui étaient tombés dans les culs de sac latéraux du vagin ; l'examen histologique a démontré que ces ovaires avaient subi la transformation fibreuse.

M. Quénu. Je ne prétends pas expliquer par la transformation

caverneuse de la muqueuse utérine toutes les métrorragies qui résistent au curettage, mais je crois qu'il serait intéressant de rechercher ce que devient la muqueuse utérine dans tous les cas d'endométrite. On a peut-être exagéré dans ces cas le rôle de l'infection. Sans doute elle explique au début l'établissement de la maladie ; mais plus tard la muqueuse subit peut-être des transformations qui entretiennent les métrorragies.

Présentations de malades.

M. le Dr Galvani (d'Athènes), membre correspondant, présente à la Société les photographies de deux malades curieux qui se sont présentés dernièrement à son examen.

Le premier est un jeune homme de 26 ans qui offre un exemple intéressant de *macrodactylie du membre supérieur* droit. Cette difformité d'origine congénitale s'était développée tout d'abord sans occasionner de gêne réelle ; c'est seulement dans ces derniers temps que le membre a pris un développement monstrueux, causant au malade une gêne si grande que ce jeune homme est venu à l'hôpital demander à en être débarrassé. La circonférence du bras, à sa partie moyenne, ne mesurait pas moins de 50 centimètres ; le membre était uniformément hypertrophié, mais le développement le plus considérable portait sur la main ; la sensibilité était normale. L'amputation du bras fut pratiquée au tiers supérieur. Pendant l'opération, tous les tissus du membre furent trouvés sensiblement normaux. L'hypertrophie portait surtout sur le tissu cellulo-adipeux ; les muscles étaient normaux ; l'appareil vasculaire était à peine développé, de même l'humérus à peine augmenté de volume ; en revanche, les cordons nerveux étaient très volumineux.

La seconde malade est une femme d'une trentaine d'années qui portait sur la moitié gauche de la face *deux énormes tumeurs, développées, l'une dans la région temporale, l'autre dans la région frontale.* La tumeur temporale s'est montrée après un impétigo de la face ; la tumeur frontale a suivi un développement parallèle. Les deux tumeurs, d'un volume énorme, étaient de consistance molle. Celle de la région frontale avait refoulé au-devant d'elle le globe oculaire qui était appendu à son sommet, elle recouvrait la joue et descendait jusqu'au maxillaire inférieur ; celle de la région temporale s'étendait jusqu'à la clavicule et à la première côte. La peau était amincie et présentait des taches de vitiligo ; la tumeur frontale surtout était curieuse ; les paupières englobées par elle

étaient œdémateuses, la cornée avait l'aspect du kératocone ; à la partie interne de cette tumeur on sentait quelques battements ; le rebord orbitaire et l'aile du nez étaient déformés. L'ablation de ces tumeurs fut laborieuse, car elles présentaient un développement vasculaire considérable ; la réunion eut lieu presque partout par première intention ; à l'examen de la tumeur enlevée, on ne constata pas autre chose qu'une hyperplasie du tissu conjonctif.

M. SCHWARTZ présente un jeune homme qu'il a opéré pour une *paralysie infantile du membre inférieur gauche* ayant rendu jusque là la marche impossible. Il lui a fait successivement l'*arthrodèse tibio-tarsienne et la résection orthopédique du genou.* Aujourd'hui ce jeune homme marche sans canne et sans béquilles, le membre soutenu par un appareil en cuir moulé.

Résection d'une moitié du maxillaire inférieur. Prothèse immédiate. Résultat au 12e jour.

M. P. MICHAUX. Je vais avoir l'honneur de vous présenter un résultat des plus remarquables de prothèse immédiate pour résection complète de la moitié droite du maxillaire inférieur suivant la méthode préconisée par le Dr Claude Martin (de Lyon), à qui nous devons déjà d'intéressants travaux sur la restauration prothétique du squelette du nez et des maxillaires.

Depuis quelques années déjà, nos confrères lyonnais MM. Ollier, Letiévant, Poncet, Vincent, Chandelux, Levrat, Gangolphe, Polosson avaient utilisé avec grand succès les appareils et la méthode de M. Martin.

Cette méthode et ses résultats superbes ont été longuement exposés dans un premier travail de l'auteur(*De la Prothèse immédiate appliquée dans la résection des maxillaires*, par C. Martin. 1889. Paris, Masson, éditeur) et dans sa thèse inaugurale soutenue à Lyon en 1893 (*Des résultats éloignés de la Prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur*, Dr Claude Martin. Paris, Masson, éditeur).

A la section de chirurgie du dernier congrès de Besançon, notre collègue, M. Vautrin (de Nancy) a publié un fait analogue également couronné de succès puisque le « malade mangeait et parlait 45 jours après l'opération comme avec un maxillaire normal. »

La lecture de ces travaux m'a inspiré le désir de les imiter et

je vous présente un malade que j'ai traité ainsi, il y a aujourd'hui douze jours.

Mon malade G... (Pierre), charpentier, âgé de 36 ans, est entré au mois de juin dans le service de M. le Dr L. Labbé pour un épithélioma de la lèvre inférieure, datant de 3 ou 4 ans. Le 27 juin je pratique l'excision de la tumeur. Réunion immédiate. Vers le 15 septembre, le malade aperçoit au niveau de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur une petite masse dure, mobile sous la peau. Cette petite masse augmente rapidement de volume, et, à la fin d'octobre, elle a le volume d'un petit œuf, adhérant à la peau. Il s'agit d'une récidive épithéliale de la face externe et du bord inférieur du maxillaire. Toutes les mesures prises, l'appareil prothétique est préparé par M. Maurice Roy, élève du service et chef de clinique à l'École dentaire de Paris. Le 2 novembre, je pratique l'extirpation de la moitié droite du maxillaire inférieur avec désarticulation du condyle. Une partie de la peau adhère tellement au néoplasme que j'en pratique l'extirpation avec la tumeur. L'appareil prothétique est mis en place séance tenante, la réunion cutanée est effectuée dans toute l'étendue malgré la tension, la réunion est obtenue par première intention. La pièce prothétique formée d'un demi maxillaire en caouchouc durci, creusé de canaux comme l'a indiqué M. Martin, est fixée par deux petites plaques à la face antérieure de la moitié gauche du maxillaire. En arrière l'appareil est maintenu par une bande métallique plus large que les bandes antérieures, fixée seulement sur le maxillaire artificiel et venant simplement s'appuyer dans l'étendue d'un centimètre sur la face postérieure du maxillaire inférieur gauche osseux.

Un appareil prothétique destiné à être relié par un ressort au maxillaire artificiel est appliqué séance tenante au maxillaire supérieur.

Au réveil, le malade fait mouvoir le maxillaire inférieur avec une facilité remarquable ; la portion remplacée suit à merveille les mouvements de la moitié restante. Pansement extérieur iodoformé. Lavages incessants de la bouche avec une solution d'eau chloralée à 1 0/0. Grâce au système de canaux intérieurs, l'irrigation de toutes les parties en contact avec l'appareil est parfaite, la guérison s'opère très rapidement ; il n'y a aucune espèce d'accidents infectieux, aucune élévation de température. Sept jours après la réunion est totale ; on enlève les crins de Florence superficiels.

Aujourd'hui, au 12e jour, le malade remue facilement la mâchoire, il mange facilement les soupes, et parle d'une façon très convenable. En un mot, le résultat est des plus satisfaisants.

Malgré la résection cutanée que j'ai dû faire en raison de l'adhérence existante, il n'y a pas eu la moindre désunion, la plus petite fistule.

A la place de ces grosses déformations qui résultent de la résection d'une moitié de la mâchoire inférieure, déviation et déformation considérables, défaut de concordance des dents, gêne de la mastication, gêne de la parole, on voit que le malade remue facilement la mâchoire ; les dents supérieures et inférieures sont en concordance parfaite. Il n'y a eu

aucune de ces complications graves : infection, septicémie, si fréquentes après les résections ordinaires, et ces avantages sont manifestement dus à l'appareil d'irrigation contenu dans le maxillaire artificiel.

L'appareil est définitif, une pièce de caoutchouc durci, mobile, remplace provisoirement les dents. Un petit ressort placé au bout de quelques jours relie le maxillaire inférieur à la pièce prothétique placée à la face inférieure ou palatine du maxillaire supérieur.

En résumé, le résultat immédiat de cette prothèse m'a paru tout à fait digne d'attirer l'attention de mes collègues de la Société de chirurgie. Il ne me paraît pas douteux que l'appareil de M. Martin réalise merveilleusement la restauration esthétique et fonctionnelle de la moitié manquante du maxillaire inférieur. Ni les restaurations secondaires si difficiles, si laborieuses, si rarement suivies de bons résultats, ui les appareils plus simples comme ceux qui ont été préconisés en Allemagne par Bœnnecken n'auraient donné un aussi beau résultat.

M. Prengrueber. Il y a trois mois j'ai pratiqué avec succès cette même opération chez un malade atteint d'épithélioma de la langue et du plancher de la bouche. Le résultat immédiat a été aussi favorable que dans le cas de M. Michaux. La prothèse immédiate a eu en outre pour avantage de me permettre de fixer le moignon de la langue qui, sans cette précaution, serait venu tomber sur le larynx.

Présentations de pièces.

M. Richelot présente un *cæcum tuberculeux* qu'il a enlevé par résection de cette portion de l'intestin sur une jeune femme de 25 ans. Cette malade souffrait de constipation opiniâtre avec des alternatives de débâcle. Elle portait dans la fosse iliaque droite une tumeur qui, vu la coïncidence de lésions bacillaires du poumon, fut diagnostiquée typhlite tuberculeuse. On pratiqua la résection du cæcum, l'intestin fut trouvé bourré de granulations tuberculeuses et de foyers caséeux ; il existait des traînées ganglionnaires dans le méso-cæcum. Quelques granulations tuberculeuses disséminées sur le péritoine voisin ne purent être enlevées. La suture intestinale laissa passer un peu de matières ; mais, au bout de deux ou trois jours, la guérison était complète. Depuis lors, l'état général de la malade s'est très notablement amélioré.

M. Marchand montre une pièce de *grossesse tubaire* recueillie sur une femme de 27 ans. Elle avait eu à deux reprises des métror-

ragies, lorsqu'elle entra au mois d'octobre à l'hôpital Saint-Louis où l'examen permit de reconnaître l'existence d'une tumeur dans la moitié gauche du petit bassin. La laparotomie fut pratiquée, et l'on trouva dans le cul-de-sac de Douglas un fœtus de deux mois qui s'était développé dans la trompe du côté gauche. L'ovaire du même côté était le siège de suppuration; l'ovaire droit était sain.

M. Routier présente un *kyste dermoïde de l'ovaire gauche* qui s'était développé chez une fillette de 9 ans. Il survint chez cette enfant une rétention brusque d'urine suivie d'une cystite purulente qui firent soupçonner la présence d'un corps étranger dans la vessie. Le chirurgien pratiqua la taille hypogastrique; mais le bistouri sectionna du même coup la paroi antérieure et la paroi postérieure de la vessie, et, quelque soin que l'on mît à pratiquer la suture de la paroi postérieure de la vessie, la mort survint au bout de dix jours, par péritonite généralisée.

M. Routier montre, en outre, une tumeur développée sous l'apparence d'un ganglion synovial chez un homme de 37 ans; il s'agit d'une *tumeur de la synoviale des tendons extenseurs* de la main présentant l'apparence du lipome arborescent. C'est à l'examen histologique qu'il appartient de faire connaître sa véritable nature.

M. Michaux présente une pièce de *grossesse extra-utérine* qu'il a recueillie sur une malade du service de M. Schwartz. Il avait été appelé auprès de cette malade atteinte, disait-on, d'un étranglement ombilical. La petite hernie qu'elle portait n'était nullement étranglée; mais en incisant la paroi abdominale, le chirurgien fut surpris de voir s'écouler un flot de sang. En prolongeant peu à peu l'incision par en bas, on donna issue à deux litres et demi de sang, et l'on trouva dans le fond du petit bassin, la trompe noire, violacée et rompue; dans son intérieur, un petit fœtus enveloppé de sa vésicule membraneuse. La trompe fut réséquée, et la guérison fut la suite de cette intervention.

M. Bouilly fait remarquer à ce propos que les faits de cette nature vont en se multipliant; aujourd'hui on peut les étudier cliniquement et arriver à les diagnostiquer.

M. Quénu confirme ce qui vient d'être dit par M. Bouilly; il fait

remarquer, à propos des suites de l'opération de M. Michaux, qui n'ont pas été tout à fait aseptiques, que le sang provenant d'une rupture de la trompe n'était pas lui-même complètement aseptique. Rien d'étonnant dès lors que la plaie ait pu être infectée.

M. Schwartz. J'ai pu reconstituer l'histoire clinique de cette malade. Ce qu'il y a d'intéressant chez elle, c'est que l'hémorragie s'est faite d'une manière progressive, depuis le matin jusqu'au soir où elle a été opérée par M. Michaux.

Élections.

Au cours de la séance, il a été procédé à plusieurs élections destinées à nommer les commissions de prix, et les commissions chargées d'examiner les titres des candidats aux places de membres correspondants étrangers et nationaux.

1° *Commission du prix* Duval.

Nombre de votants, 21.

Sont nommés :

MM.	Bazy	21 voix.
	Delens	20 —
	Peyrot	21 —
	Picqué	19 —
	Reynier	21 —

2° *Commission du prix* Laborie.

Nombre de votants, 25.

Sont nommés :

MM.	Th. Anger	25 voix.
	Félizet	24 —
	Jalaguier	25 —
	Richelot	25 —
	Tuffier	24 —

3° *Commission du prix* Gerdy.

Nombre de votants, 25.

Sont nommés :

MM.	Berger	17 voix.
	Delorme	21 —
	Gérard Marchant	21 —
	Michaux	21 —
	Quénu	21 —

4° *Commission du prix* RICORD.

Nombre de votants, 16.

Sont nommés :

MM. Brun	15 voix.
Marc Sée	15 —
Nélaton	15 —
Segond	14 —
Polaillon	14 —

5° *Commission des correspondants étrangers.*

Nombre de votants, 16.

Sont nommés :

MM. Bouilly	15 voix.
Lucas-Championnière	16 —
Marchand	16 —
Prengrueber	16 —

Auxquels est adjoint le secrétaire général, membre de droit.

6° *Commission des correspondants nationaux.*

Nombre de votants, 14.

Sont nommés :

MM. Pozzi	14 voix.
Tillaux	14 —
Schwartz	14 —
Chauvel	14 —

Auxquels est adjoint le secrétairo général, membre de droit.

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire annuel,
E. KIRMISSON.

Séance du 22 novembre 1893.

Présidence de M. PÉRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Nicaise, demandant un congé de deux mois et demi pour raison de santé;

3° *Sur une nouvelle opération de glaucome ou nouvelle sclérotomie,* par M. Nicati (de Marseille), (M. Delens, rapporteur);

4° *Deux laparotomies pour péritonites tuberculeuses,* par M. Mordret fils (du Mans), (M. Bouilly, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

Grossesse extra-utérine. Fœtus de 2 mois 1/2 dans l'abdomen. Laparotomie. Guérison.

M. Tuffier. Les faits de grossesse extra-utérine qui vous ont été dernièrement communiqués me font vous présenter ce fœtus de 2 mois 1/2 que j'ai trouvé libre dans l'abdomen d'une femme chez laquelle nous avions diagnostiqué une grossesse extra-utérine rompue dans l'abdomen.

M... (Anna), 26 ans, femme de chambre, est entrée à l'hôpital Beaujon le 6 novembre 1893, salle Huguier, n° 11. C'est une femme assez grande et assez forte, mais qui est actuellement dans un état extrêmement grave. Les téguments sont décolorés, le faciès péritonitique, le pouls, à peine perceptible, bat à 120 pulsations; le ventre est douloureux, météorisé, la température à 36°,5. — Cette malade nous dit qu'elle est dans cet état depuis cinq jours, époque à laquelle elle a été prise brusquement d'une douleur violente à l'hypogastre. — Les antécédents utéro-ovariens sont parfaits, mais la malade n'a pas eu ses règles depuis deux mois; ses seins ont grossi et ils présentent encore une pigmentation étendue et des tubercules de Montgomery. Au toucher l'utérus est celui d'une nullipare, mais il est immobilisé et le col est légèrement projeté en avant. Dans le cul de sac postérieur, une induration douloureuse, s'étendant à droite, mais aucune tumeur. Le diagnostic porté est : grossesse extra-utérine droite rompue depuis six jours, et bien que l'état général soit celui d'une moribonde, je pratique la laparotomie médiane. Toute la cavité abdominale est remplie de sang noir; en plaçant la malade inclinée, la tête basse à 45°, je trouve des caillots remplissant le cul-de-sac postérieur et, à leur surface, le fœtus ci-joint mesurant 10 centimètres, libre et en parfait état. Toilette du péritoine, suintement sanguin au niveau de la trompe droite. Tamponnement à la Mickulicz. Suture. Guérison au dixième jour. La mèche de gaze iodoformée a provoqué du délire pendant quarante-huit heures. La température n'a pas dépassé 37°,8.

M. Reynier. J'ai présenté à la Société de chirurgie une pièce

analogue sur laquelle se voyait un fœtus de quatre mois au milieu d'une hématocèle ; je ne crois pas, en pareil cas, à la nécessité du drainage, l'épanchement sanguin étant tout à fait aseptique.

M. Quénu. Je m'élève contre ce que vient de dire M. Reynier. Beaucoup de ces épanchements sont, au contraire, très septiques, et une simple ponction peut, en pareil cas, amener une élévation de température. Si le sang s'enkyste, c'est précisément à cause de ses propriétés septiques, comme l'avait montré Vulpian ; le sang parfaitement aseptique reste libre dans la cavité péritonéale.

M. Reynier. Je possède à l'heure actuelle 8 observations dans lesquelles j'ai pu me passer du drainage sans avoir à m'en repentir.

M. Lucas-Championnière. Pour ma part, je ne draine en aucune circonstance après la laparotomie, et je m'en trouve fort bien.

Rapports.

Hydronéphrose intermittente. Ponction évacuatrice. Guérison. par le Dr François Hue (de Rouen).

Rapport par M. Paul Reynier.

Messieurs, au moment où notre discussion sur l'hydronéphrose intermittente prenait fin cette année-ci, M. le Dr François Hue, de Rouen, nous adressait une observation intéressante où la simple ponction avait suffi pour amener la guérison, et une guérison durable, puisque le malade aurait été suivi pendant sept ans. Comme les observations de ce genre ne sont pas très nombreuses, vous me permettrez de résumer l'observation de M. Hue.

Il s'agissait d'un jeune officier de cavalerie auprès duquel M. Hue, il y a sept ans, avait été appelé par un confrère de l'armée, pour une tumeur abdominale qui s'était développée rapidement dans l'hypocondre gauche. Cette tumeur, mate à la percussion, très fluctuante, avait le volume d'une tête d'adulte. Le début des accidents remonte à plusieurs années. A différentes reprises, cette tumeur avait apparu à cette place, moins grosse toutefois, et avait disparu spontanément complètement. Le malade racontait qu'il lui arrivait parfois, quand elle commençait à reparaître et qu'il était à cheval, d'être pris d'une rapide et violente envie d'uriner. Il rendait alors 1 ou 2 ou 3 litres d'urine et pouvait ensuite remonter à cheval. D'autres fois, le développement était assez considérable pour l'obliger au repos. Alors, en se pelotonnant sur le

côté, il arrivait à trouver une position telle que la tumeur se vidait rapidement dans la vessie. Quand M. le Dr François Huc le vit, aucune position, si bizarre qu'elle fût, n'avait réussi à amener la débâcle, et le malade, condamné au lit, réclamait une intervention.

Le diagnostic d'hydronéphrose intermittente s'imposait et fut celui de notre confrère, qui crut ne devoir faire qu'une ponction aspiratrice avec le trocart moyen de l'aspirateur Potain. Cette ponction fut transpéritonéale et donna issue à 4 litres 1/2 d'un liquide clair, à peine citrin, où l'analyse chimique décela de faibles quantités d'urée.

Les suites furent simples, et la guérison, dit M. Huc, ne s'est pas démentie depuis.

M. Huc ajoute que, cherchant à dégager la pathogénie de cette hydronéphrose, il ne trouva pas autre chose que la probabilité d'une tuberculose mésentérique. Dans l'enfance, le malade avait été soigné par le Dr de Saint-Germain pour le carreau. M. Huc pensa qu'une bride rétractile consécutive à cette affection aurait amené une compression ou une coudure de l'uretère.

Telle est cette observation qui, comme je l'ai dit au début, est intéressante, parce que les faits d'hydronéphrose intermittente, guéris par la simple ponction, ne sont pas nombreux.

Si M. Tuffier, cette année, nous a cité deux observations de M. Tillaux, où la ponction aurait eu des résultats aussi heureux, par contre, dans le très remarquable travail de MM. Terrier et Baudoin, sur 83 observations, on ne trouve que 2 cas où la ponction aurait amené une amélioration.

Ces deux observations ne paraissent même pas probantes à MM. Terrier et Baudoin, car ils sont d'avis qu'il faut rejeter toute ponction.

Pour eux, la ponction exploratrice est dangereuse et inutile, et la ponction évacuatrice ne vaut guère mieux ; presque tous les malades ainsi traités d'une façon exclusive par la ponction ayant été à peine améliorés, et quelques-uns, dans les cas d'hydronéphrose fermée, ayant succombé. Les observations de M. Tillaux, celle de M. François Hue, montrent que cette opinion est peut-être exagérée; que, dans quelques cas rares, une ponction faite aseptiquement avec un trocart fin, peut amener une guérison et peut par suite être tentée. Toutefois, cette guérison est-elle définitive ? Il est permis d'en douter. La cause de l'hydronéphrose intermittente doit persister et ramener tôt ou tard les mêmes accidents. Aussi, tout en acceptant la ponction comme traitement palliatif, on fera bien d'être très réservé pour l'avenir.

Quant au mécanisme par lequel la ponction a pu dans ce cas rétablir d'une façon durable les fonctions urinaires, il est intéressant

ici de le rechercher, car cela nous permet de discuter un point de la pathogénie de cette curieuse affection.

Si nous tenons compte de la succession des accidents, tels que nous les rapporte M. Hue, je crois qu'on peut éliminer ici l'idée d'hydronéphrose produite par calcul, dont le malade n'avait jamais présenté de symptômes.

M. Hue ne paraît pas non plus devoir penser ici à un rein mobile, et il se rattache à l'idée d'une lésion se rattachant à l'ancienne affection abdominale, le carreau dont le malade aurait souffert pendant l'enfance. Pour lui, ce serait une bride qui comprimerait sur un point l'uretère, peut-être n'est-ce, ce qui est le plus fréquent, qu'un rétrécissement d'un point de ce conduit, rétrécissement produit par une ancienne uretérite tuberculeuse. Les antécédents du malade permettent cette supposition.

Toujours est-il que le fait acquis est que l'uretère sur un point était rétréci, sans que toutefois, en temps normal, ce rétrécissement empêchât le cours de l'urine. Ce n'était que par intervalles que ce cours se suspendait.

Alors survenait une dilatation du bassinet, dilatation qui disparaissait quelquefois seule, d'autres fois sous l'influence de pressions, jusqu'au jour où, rien ne la modifiant, la dilatation étant plus considérable, il fallut la ponction. Celle-ci rétablit subitement le cours de l'urine, et le rétablit pour un temps très long, puisque malade de M. Hue continue à aller bien.

Or, pour comprendre une pareille succession de faits, nous trouvons dans les recherches expérimentales que MM. Albarau et Legueu nous ont fait connaître à l'avant-dernier Congrès de chirurgie, une explication très rationnelle.

Ces auteurs nous ont montré : 1° que tout obstacle au cours de l'urine siégeant dans l'uretère, amène la production d'une hydronéphrose, d'autant plus considérable que l'uretère reste encore perméable ; 2° que cette hydronéphrose produit une coudure de l'uretère au-dessous du bassinet, avec formation d'un repli valvulaire de la muqueuse, coudure et repli valvulaire qui sont la conséquence et non la cause de l'hydronéphrose, comme l'ont montré MM. Terrier et Baudoin dans les hydronéphroses intermittentes liées à l'ectopie rénale.

Si on tient compte de ces notions, on comprend que chez le malade de M. Hue, l'uretère étant rétréci, à certains moments le bassinet put se laisser dilater, peut-être sous l'influence d'une sécrétion exagérée de l'urine, comme on en voit souvent à certains moments chez les nerveux et les dilatés de l'estomac.

L'hydronéphrose formée, l'uretère se coudant, transformait cette hydronéphrose en hydronéphrose fermée. Mais si, sous l'in-

fluence de pressions, ou par le fait de la ponction, l'hydronéphrose se vidait, la coudure de l'urétère, liée à son existence, disparaissait avec elle, et le bassinet communiquant librement avec l'uretère, les fonctions urinaires se rétablissaient immédiatement et pouvaient continuer normales pendant un temps très long.

Je ne sais si la Société trouvera cette explication aussi plausible que moi, mais si elle accepte cette manière de voir, l'observation de M. Hue pourrait être donnée comme une confirmation clinique des recherches expérimentales de MM. Albarran et Legueu.

Discussion.

M. Bazy. Je désire présenter quelques observations au sujet de ce qu'a dit M. Reynier. Notre collègue, citant les expériences d'Albarran et Legueu, a dit que la ligature complète de l'uretère amenait l'atrophie complète du rein, sans hydronéphrose ou avec une très petite hydronéphrose.

Or, j'ai fait des expériences nombreuses et j'ai pu montrer cette année à la Société anatomique un rein de chien atteint d'hydronéphrose par ligature complète et oblitération de l'uretère, qui pesait 310 grammes, tandis que l'autre rein ne pesait que 65 grammes; il avait près de 10 centimètres de long.

Inversement, dans le rétrécissement de l'uretère, que j'ai pu produire par hasard, je n'ai pas vu ces énormes hydronéphroses comparables à celles qu'on voit en pathologie humaine; elles étaient même très peu volumineuses.

Dans les expériences sur les animaux où j'ai fait la ligature de l'uretère à l'extrémité inférieure, je n'ai pas vu très souvent cette coudure de l'uretère à la partie supérieure dont parle M. Reynier d'après les mêmes expérimentateurs.

Relativement à la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente, je dirai que dans une deuxième urétro-cystonéostomie pour fistule urétro-vaginale que je viens de pratiquer, nous avons vu, M. Peyrot, qui me faisait l'honneur de m'assister, et moi, l'extrémité inférieure de l'uretère coudée et sinueuse.

Or, cette malade nous disait qu'il lui arrivait souvent, quand elle était debout, de rester cinq à six heures sans perdre une seule goutte d'urine par sa fistule.

J'ai supposé que, dans la station verticale, une des sinuosités venait s'appliquer sur sa voisine située au-dessous, en augmentait la coudure et, par suite, oblitérait la cavité de l'uretère.

La pression venant dans la position horizontale, le cours de l'urine pouvait se rétablir et l'écoulement par la fistule reprenait.

M. Reynier. Il ne m'appartient pas de trancher le différend existant entre MM. Albarran et Bazy. Je ferai cependant remarquer à celui-ci qu'on sait en physiologie, que si l'on vient à oblitérer un conduit excréteur, en général la glande cesse sa sécrétion.

M. Bazy. Toutefois cette altération ne se produit pas aussi vite qu'on pourrait le croire. Dernièrement j'ai enlevé le rein d'un lapin plus d'un mois après avoir pratiqué l'oblitération de l'uretère correspondant. Ce rein, examiné histologiquement par M. Brault, était encore parfaitement apte à sécréter.

Lipome du cordon spermatique, par le Dr François Hue (de Rouen).

Rapport par M. Paul Reynier.

Messieurs, M. le Dr François Hue nous a également envoyé une seconde observation, non moins intéressante, bien qu'ayant trait à une affection d'un genre tout différent. Dans ce cas, il s'agissait d'un lipome du cordon spermatique. Comme ces tumeurs sont rares, et sont encore des curiosités pathologiques dont parlent fort peu nos livres classiques, je vous rapporte, en la résumant, cette observation.

Le malade, porteur de cette tumeur, était un homme de 64 ans, maçon de son métier, qui entrait dans le service du Dr Hue en septembre 1891.

Antécédents héréditaires très bons ; pas de cancer dans sa famille. Sauf quelques troubles cérebraux, sur lesquels M. Hue revient plus loin, à propos d'accidents survenus après l'opération, le malade avait toujours joui d'une bonne santé.

Le début de l'affection remontait à treize ans. En juin 1878, le malade avait fait une chute à califourchon sur une solive, et avait été, de ce fait, obligé d'interrompre son travail pendant neuf mois. Il s'aperçut au bout de ce temps que les bourses augmentaient de volume, principalement du côté droit. Quand il se présenta au Dr Hue, le scrotum était distendu par une tumeur présentant 76 centimètres de circonférence. Tout travail était devenu impossible à cause de la gêne et du poids, et il était obligé de porter ses bourses dans un sac suspendu au cou.

A l'examen, on trouvait une tumeur ayant envahi la région des bourses, et descendant plus bas que la moitié des cuisses. La verge, rejetée à gauche de la ligne médiane, était réduite au gland. Une saillie, peu prononcée, indiquait à gauche l'emplacement de la bourse gauche. Il n'y avait pas de changement de coloration de la peau qui glissait sur la tumeur; pas de dilatations veineuses.

La palpation, nullement douloureuse, permettait de se rendre compte que la tumeur, assez pesante, n'était pas lisse, comme elle le paraissait à la vue, mais composée de bosselures peu marquées, de consistance inégale, les unes dures, les autres molles, dépressibles. La tumeur se prolongeait dans le canal inguinal, dans lequel elle paraissait se terminer en s'amincissant. Ce pédicule paraissait lisse, et avait au moins 4 centimètres de diamètre. A gauche, on délimitait le testicule gauche, dont l'épididyme présentait une petite induration. Le testicule droit ne se sentait pas et paraissait confondu dans la masse.

Rien dans l'aine. Pas de tuméfaction apparente dans les fosses iliaques. La prostate un peu grosse était régulière. Le foie et la rate étaient normaux.

L'état général avait périclité dans les dernières années. Le malade, depuis sept à huit ans, avait maigri. Le teint était légèrement jaune-paille, et les forces presque nulles. L'appétit avait notablement diminué.

M. Hue, en présence de ces symptômes, crut devoir porter le diagnostic de tumeur du testicule évoluant vers une transformation maligne, et tout en se tenant sur une certaine réserve à cause de la longue évolution de la maladie, il pensa avoir affaire à un sarcome.

Le 1er octobre 1891, il opérait son malade. Une longue incision mit à nu la tumeur qui était recouverte de la peau et de deux plans fibreux. Elle était constituée par des masses lipomateuses, faciles à énucléer avec la main. Pendant cette manœuvre, le testicule droit, entouré de sa vaginale, se présenta en dedans et en bas de la tumeur. Le cordon spermatique, qui en partait, se trouvait en contact direct avec la tumeur dont il suivait le côté interne et un peu postérieur. Ses éléments n'étaient pas dissociés et formaient un faisceau. Dans le haut, la tumeur se pédiculisait et s'enfonçait avec le cordon dans le canal inguinal. Difficilement, le Dr Hue arriva à la partie supérieure de ce pédicule qui, à sa terminaison, avait encore au moins 3 centimètres de diamètre et paraissait surtout composé de vaisseaux et de tissus fibreux. Il l'enserra dans deux ligatures par moitié à la soie plate, et dans une ligature totale, réséquant toute la masse au-dessous.

Après hémostase au catgut, il sutura au crin de Florence et plaça deux gros drains en haut et en bas du sac scrotal. La tumeur du poids total de 11 livres était un lipome pur à la partie supérieure, dégénéré à la moitié inférieure où on trouvait des lobes ayant l'aspect colloïde. Le microscope confirma le diagnostic macroscopique.

Les suites opératoires furent aussi simples que possible. La réunion se fit par première intention, sauf au niveau du pédicule de la tumeur où un léger suintement continua par le trajet du drain. Pas de fièvre, pas d'élévation du pouls. L'état général, cependant, resta mauvais, l'alimentation se fit mal pendant les premiers jours, et le malade fut pris, une après-midi, d'une syncope à la suite de laquelle il resta une légère hémiparésie droite avec embarras de la parole. Dix ans auparavant, pareille chose lui était déjà arrivée, et de même l'année précédente. Le malade, le jour suivant, eut des moments d'absence, divaguant facilement. Cependant l'aspect extérieur du malade était devenu

meilleur, l'appétit et les forces revenaient, et trois semaines après l'opération, le malade quittait l'hôpital, conservant au niveau des drains une fistulette qui se boucha deux mois après la sortie successive des trois fils qui avaient enserré le pédicule. Revu dix-huit mois après, l'opéré était très bien portant et ne se ressentait plus de son opération, ni des accidents cérébraux qui l'avaient suivie.

Comme je l'ai dit en commençant, ces tumeurs ne sont pas fréquentes. Elles sont toutefois un peu moins rares que ne semble le croire M. François Hue, et que ne l'indiqueraient nos traités classiques, où elles sont à peine mentionnées. Toutefois, dans Pelletan, dans Curling, dans Monod et Terrillon, on trouve citées plusieurs observations du même genre. En 1888, à la Société anatomique, MM. Broca et Delbet en ont rapporté des exemples, et tout dernièrement, dans la *Lancet*, j'en lisais deux observations très intéressantes de William Anderson. Les quelques recherches que j'ai faites à la hâte m'ont permis rapidement d'en réunir une trentaine de cas, auxquels on pourrait, en complétant ces recherches, ajouter probablement quelques autres.

Cette question étant encore peu étudiée, je donne ci-dessous la liste des auteurs qui ont publié des observations analogues [1].

Comme le fait remarquer M. Hue, le diagnostic de ces tumeurs est généralement difficile. Toutefois, ce n'est pas, comme il le dit, et comme il l'a fait, avec les tumeurs du testicule qu'on les confond le plus souvent, mais plutôt avec les épiplocèles irréductibles. MM. Broca et William Anderson ont justement insisté sur ce point. M. Broca a publié une observation où même le diagnostic restait hésitant après l'ablation de la tumeur. C'est qu'en effet, si quelquefois on voit ces tumeurs, uniquement scrotales, situées le long du cordon, le plus souvent, elles envoient un prolongement inguinal, qui distend l'anneau, et rend le diagnostic avec l'épiplocèle très difficile. Ce prolongement a fait dans ces derniers temps l'objet de la discussion qui eut lieu à la Société anatomique.

Tandis que M. Broca a essayé de soutenir que, malgré ce prolongement, ces tumeurs sont rarement adhérentes au péritoine;

[1] Pelletan, *Clin. chirurg.*, t. III. — Curling, *On the Testis*. — Sir A. Cooper, *Hernies*. — Maunder, *London Hospital Reports*, vol. I. — Annandale, *Brit. med. Journ.*, vol. I, 1868. — Macilwain, *Surgical observations*. — Broca, *Bull. Soc. anat*, 1888. — Delbet, *Ibid.* — Cloquet, *Mémoire sur les hernies*. — *Lancet*, 14 décembre 1869; 5 décembre 1885. — *Transactions of the Pathological Society*, vol. XXXVII. — Hutchinson, *ibid.*, vol. XXIV; Gay, *ibid.*, vol. XVII; Lane, *Glugepathologische Lieferungen*, VIII. — Wernher, *Virchow's Archiv*, 1869. — Monod et Terrillon, *Mal. du testicule*. — William Anderson, *Lancet*, 14 octobre 1893. — Molière, *Dict. Encycloped. des sc. méd.*, art. Testicule.

d'un autre côté, M. Delbet nous a rapporté des observations où cette adhérence était manifeste. Chez les deux malades de M. William Anderson, elle existait.

Cette étude a une certaine importance, car elle nous montre, d'une part, que l'origine de ces tumeurs est le plus souvent la graisse sous-péritonéale si abondante dans cette région sus-pubienne, et non pas, comme le croient MM. Monod et Terrillon, uniquement les quelques amas de graisse disséminés dans le cordon. Pour les tumeurs lipomateuses du cordon, situées entre les éléments du cordon, sans prolongement péritonéal, cette opinion est acceptable. Elle ne l'est plus pour les autres, celles qui nous occupent et auxquelles se rattache l'observation de M. Hue. De plus, cette discussion entre MM. Delbet et Broca avait une autre importance, car si on admet l'adhérence de ces tumeurs, on a à craindre la formation d'une hernie, le péritoine étant attiré par la tumeur qui, d'autre part, distend fortement l'anneau. Dans une des observations de M. W. Anderson, cette hernie existait. Aussi je crois qu'à la place de M. Hue, au lieu de laisser un pédicule graisseux aussi considérable, qui mesurait 3 centimètres et qui a été la cause d'une suppuration prolongée, et d'une fistule par où se sont éliminés les fils qui l'enserraient; il eût été préférable de disséquer plus loin ce pédicule, vérifier son origine, arriver à le rendre plus petit, pour pouvoir l'abandonner après ligature sans drainage.

Mais, pour arriver à l'extrémité du pédicule, il aurait fallu sectionner le canal inguinal; on l'aurait après restauré par le procédé de Bassini, ou tout autre, de manière à rétrécir l'anneau, et obvier à toute éventualité ultérieure de récidive ou de hernie possible.

Malgré ces quelques critiques, je propose de voter des remerciments à M. Hue pour ces deux intéressantes communications, et de l'inscrire, dans un rang honorable, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de notre Société.

Discussion.

M. Reclus. M. Reynier aurait pu trouver dans le *Traité de chirurgie* une observation de tout point semblable à celle de M. Hue. Dans ce cas, l'incision cutanée, faite au niveau du pédicule de la tumeur, ne mesurait pas moins de 59 centimètres de circonférence. L'incision cutanée me conduisit sur le testicule entouré de sa tunique vaginale. Le cordon lui-même était intimement fusionné avec la tumeur, ses éléments étaient épars dans la masse. Toutefois, quelques tractions exercées sur le cordon permirent d'atteindre la partie supérieure de la masse située dans le trajet inguinal; le malade guérit très simplement. L'examen histologique

de la tumeur ne permit pas de constater autre chose que de la graisse.

M. Schwartz. Il y a six ans environ, j'ai observé à l'hôpital Beaujon un malade qui portait en même temps qu'une tumeur testiculaire, un lipome du cordon. Dans ce cas, le cordon était situé en arrière de la tumeur, complètement indépendant d'elle. L'extirpation des deux masses néoplasiques fut suivie de guérison.

Rapport.

M. Richelot fait un rapport verbal sur diverses observations adressées à la Société par M. Millot-Carpentier. Les observations sont au nombre de quatre : 1° une suture du nerf radial sectionné au niveau de son émergence de la gouttière radiale chez un enfant de 13 ans ; la suture a été pratiquée au moyen de deux fils de catgut fin, quatre-vingts jours après l'accident ; dès le dixième jour, il y avait dans la motilité une amélioration notable, et deux mois après, les mouvements étaient rétablis ; 2° panophtalmie métastatique après une suppression des règles ; malgré le titre donné par l'auteur à son observation, on ne voit pas bien la liaison entre ces deux phénomènes ; 3° résection itérative du coude pour une tumeur blanche, pratiquée avec succès chez un jeune homme de 17 ans ; 4° grosse tumeur fibreuse bilobée, opérée à la fois par le morcellement vaginal et par l'énucléation de la cavité utérine après discision du col.

M. Millot-Carpentier a adressé en même temps à la Société une statistique de 15 cas de chirurgie abdominale avec deux morts, dont l'une s'est produite dans l'extirpation d'une énorme tumeur fibreuse de l'ovaire gauche, l'autre dans un cas de kyste multiloculaire de l'ovaire compliqué d'adhérences. Parmi les opérations pratiquées par M. Millot-Carpentier, il en est de fort complexes ; par exemple, l'extirpation d'un kyste ovarique coïncidant avec un fibrome de l'utérus, et qui font le plus grand honneur à l'habileté opératoire du chirurgien et à la valeur des moyens antiseptiques mis en usage.

Communication.

Tumeur maligne de la région iléo-cæcale de l'intestin. Résection et suture immédiate de l'intestin. Guérison.

Par M. Théophile Anger.

Le 31 août 1893 est entrée dans mon service Malvina A..., âgée de 46 ans. Les antécédents de famille n'offrent aucun intérêt. Cette femme a eu cinq couches normales : quatre enfants sont vivants; un est mort de méningite. La menstruation a cessé depuis sept à huit mois.

Elle était très bien portante jusqu'à il y a deux ans : cependant habituellement constipée, n'allant à la garde-robe que tous les trois ou quatre jours.

Pendant l'été de 1891, elle fut prise subitement de violents maux d'estomac et de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, avec mouvements fébriles. Ce malaise dura trois jours, puis tout rentra dans l'ordre.

La malade prétend cependant, qu'à partir de cette époque, elle a commencé à maigrir ; l'appétit, bon jusqu'à ce moment, était devenu capricieux, irrégulier, en même temps que l'état général s'affaiblissait; toutefois la malade n'a jamais dû abandonner ses occupations; elle était faible, mais ne souffrait pas.

Ce n'est qu'au mois de mars dernier qu'elle a commencé à ressentir quelques douleurs abdominales : d'abord vagues et mal localisées, plus vives lorsqu'elle voulait faire un effort, monter ou descendre un escalier. Vers la même époque apparaissent une anorexie très prononcée, puis un dégoût très accentué pour les matières grasses.

Il faut noter aussi des alternatives de constipation et de diarrhée.

Au commencement de juillet, les douleurs deviennent plus vives et se localisent plus spécialement dans la fosse iliaque droite. Cette région est légèrement soulevée par une tumeur qui grossit peu à peu, atteint le volume d'une orange et occasionne des douleurs de plus en plus violentes. Elle s'alite, puis entre à l'hôpital Beaujon, le 31 août 1893.

A ce moment, l'état général est mauvais : l'amaigrissement est notable ; la peau est décolorée, la face est pâle, exsangue et d'un jaune caractéristique des affections cancéreuses. Comme symptômes fonctionnels, la malade accuse, outre son inappétence, un peu de diarrhée et des douleurs dans la fosse iliaque droite. La peau de cette région est blanche, mobile sur les parties profondes, légèrement soulevée par une masse dure, allongée, du volume du poing. En saisissant cette tumeur entre les doigts, on lui imprime facilement des mouvements et l'on acquiert la conviction qu'elle n'est pas fortement adhérente à la fosse iliaque.

Par sa situation, elle correspond exactement au cæcum. Elle n'est pas sentie par le toucher vaginal, non plus que par le toucher rectal.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, il n'a pas été possible de constater de selles mélaniques; mais elle prétend que, chez elle, elle a eu à plusieurs reprises des garde-robes noires.

Le diagnostic n'était pas douteux un instant : il s'agissait d'un cancer du cœcum mobile, opérable, par conséquent, et l'opération me parut d'autant mieux indiquée que je ne trouvais ni ganglions inguinaux, ni ganglions lombaires.

L'opération eut lieu le 10 septembre. Je fis une incision de 15 à 18 centimètres, au niveau de la tumeur. L'incision de la peau était à peine faite que j'aperçus la tumeur qui avait envahi les muscles et les aponévroses de l'abdomen, comme s'il s'agissait d'un fibro-sarcome de la paroi abdominale. L'hésitation ne fut pas longue : je circonscrivis la tumeur par deux incisions courbes, intéressant toute la paroi abdominale profonde. Le péritoine fut ouvert à droite et à gauche, et je pus alors constater qu'il s'agissait bien d'un sarcome du cœcum qui avait envahi la paroi abdominale antérieure.

Quelques tractions doucement ménagées me permirent de l'attirer un peu au dehors. Une exploration rapide des viscères ne donna aucun résultat sur l'existence d'autres tumeurs, et je procédai immédiatement à l'ablation de la tumeur.

Une pince à mors garnis de caoutchouc fut placée sur l'intestin grêle, à 6 centimètres au-dessus de la tumeur; une seconde pince embrassa le colon ascendant; une troisième serra le mésentère; et, après avoir bien protégé le péritoine avec des épouges, j'enlevai la tumeur, y compris un ou deux petits ganglions qui occupaient le voisinage du mésocolon.

Deux partis se présentèrent alors à mon esprit : ou établir un anus contre nature en faveur duquel plaidait la grande différence du calibre entre le petit et le gros intestin, différence telle qu'il semblait impossible de les coudre bout à bout; ou aboucher le jéjunum avec le colon ascendant.

Le succès obtenu par notre collègue, M. Bouilly, dans un cas semblable, plaidait en faveur de l'abouchement direct; c'est ce parti que je pris. Mais je m'empresse d'ajouter que ce n'est peut-être pas le meilleur; je dirai tout à l'heure pourquoi.

Les deux séreuses furent adossées par des points de suture placés à un centimètre environ de la section. Avant de serrer ces fils de soie, les deux muqueuses du petit et du gros intestins furent réunies avec un fil de catgut, réunion peu facile, et même impossible à exécuter exactement, par suite de la différence de calibre des deux conduits. Le jéjunum, en effet, était petit, et les parois avaient subi une hypertrophie qui diminuait notablement son calibre et son extensibilité; le gros intestin, au contraire, était dilaté, ses parois étaient amincies.

L'affrontement des muqueuses et des séreuses ne put être fait exactement et la crainte d'un suintement de matières entre des extrémités ainsi réunies me força à laisser par prudence une mèche de gaze iodoformée dans le fond de la plaie. Durée de l'opération, deux heures et un quart. Le jour de l'opération, la malade est dans un grand état

de faiblesse qui exige plusieurs injections de sérum artificiel. Le pouls est petit, filiforme; la température atteint à peine 36°,4. L'état de l'opérée s'améliore lentement, peu à peu, les jours suivants.

Le 11 septembre, cinquième jour, premier pansement : la mèche de gaze est retirée et remplacée par un drain. Le surlendemain, le drain donne issue à une sérosité fécaloïde, qui persiste pendant un mois, et aujourd'hui a complètement cessé.

Deux remarques principales s'imposent à l'esprit. D'abord le diagnostic a été incomplet, en ce sens que je n'avais pas prévu l'envahissement de la paroi abdominale. La tumeur était, ou plutôt paraissait si mobile sous la peau, que je n'ai pas soupçonné immédiatement qu'elle pût être adhérente. Il est probable que si j'eusse soupçonné l'envahissement de la paroi abdominale, je me fusse abstenu, et cela au grand détriment de la malade.

La seconde remarque que je veux faire est celle-ci. La grande différence qui existe entre les calibres de l'intestin grêle et du gros intestin a rendu la suture directe des deux bouts divisés très difficile, et j'ajoute très périlleuse. Si j'avais à répéter cette opération, il est probable que j'agirais autrement, je veux dire que j'aboucherais l'intestin grêle dans le gros intestin, comme il s'y ouvre à l'état normal, c'est-à-dire latéralement.

En d'autres termes, je créerais une nouvelle valvule iléo-cæcale et je fermerais l'extrémité du colon en cæcum. La malade est ici et vous pouvez juger de sa bonne mine.

Présentation de malades.

M. Delorme montre un malade opéré depuis vingt mois pour une *appendicite tuberculeuse* et qui conserve un trajet fistuleux. Il montre en même temps une pièce provenant d'une laparotomie faite par lui chez un malade atteint d'appendicite à répétition. Malgré des recherches poursuivies pendant deux heures, il n'a pu réussir à trouver l'appendice ; le malade a succombé au choc opératoire. Même à l'autopsie, il a été fort difficile de reconnaître l'appendice iléo-cæcal masqué par des adhérences et replié le long de la face postérieure du cæcum.

Voici comment s'exprime M. Delorme au sujet de ce malade :

Insuccès de la laparotomie dans le traitement de l'appendicite,
par M. Delorme.

La question des indications et contre-indications de la laparotomie dans le traitement de l'appendicite étant encore à l'ordre du jour, il

m'a paru utile de présenter à la Société de chirurgie les pièces d'un malade qui vient de succomber dans mon service après avoir subi cette opération, et de vous montrer un deuxième malade chez lequel celle-ci n'a amené qu'un résultat imparfait.

I. Après une troisième poussée d'appendicite survenue rapidement après les deux premières et caractérisées par les signes classiques : douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, diarrhée, fièvre très élevée allant jusqu'à 40°, empâtement profond à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque supérieure, je me décidai à intervenir pendant une période de calme relatif.

L'incision abdominale faite, je trouvai le cæcum recouvert en avant par une anse du petit intestin très adhérente, le même cæcum adhérant, en dehors, à une deuxième anse, enfin la terminaison du petit intestin fixée d'une façon intime à la partie inférieure du cæcum. Ces parties paraissaient confondues. Je les dégageai, non sans peine, en dehors, en avant, et dans une faible étendue, en bas ; je recherchai l'appendice dans ces points, mais en vain.

Sentant une grosse nodosité fibreuse et assez régulière qui semblait venir de la face postérieure du cul-de-sac cæcal pour remonter vers l'ombilic, je la pris pour l'appendice, dont elle avait et le volume et la forme, et la liai à quelque distance du cæcum, sans excision. L'opération avait été longue, prolongée par le dégagement des adhérences, la recherche de l'appendice, et une hémorragie assez abondante survenue lors de la séparation de ce que je croyais être l'appendice, hémorragie qui était due à la rupture des branches iléo-cæcales.

L'opéré succomba au bout de quarante-huit heures, après avoir présenté des phénomènes très accusés de choc.

Après l'opération, la température était de 34° ; elle n'atteignit pas 37°.

L'autopsie, facilitée par l'absence de toute péritonite, me fit voir que ce qui avait été pris pour l'appendice était une nodosité fibreuse régulière, dont le centre était constitué par des vaisseaux coliques volumineux. Prolongeant mes recherches comme je l'eusse fait au cours d'une opération, je ne trouvai pas l'appendice, et ce n'est qu'après avoir enlevé gros et petit intestins, séparé au bistouri ou violemment déchiré (comme je ne l'eusse pas fait sur le vivant) les adhérences qui confondaient la terminaison du petit intestin et le cæcum épaissis, que je trouvai entre ces deux organes, en arrière, une petite masse régulièrement arrondie, du volume d'une grosse aveline, à surface jaune, qui ressemblait plutôt à un ganglion caséeux très hypertrophié, à un abcès encapsulé qu'à un appendice. La section me fit voir qu'il s'agissait pourtant de ce dernier. Il avait 3 centimètres de longueur, 2 de diamètre, présentait une paroi extérieure très épaisse, une paroi muqueuse tomenteuse sans ulcération ; il renfermait deux calculs stercoraux ; son orifice intestinal était hermétiquement fermé, et sa surface n'offrait aucune solution de continuité. En un point très limité de sa paroi, entre elle et celle du petit intestin, sans qu'il y ait aucune solution de continuité de l'appendice ou de l'intestin à ce niveau, existait une toute petite cavité, affaissée en partie, qui renfermait quelques

gouttes d'un liquide louche qui sera soumis à l'examen bactériologique. En aucun autre point, je ne trouvai trace d'abcès ou d'adhérences récentes.

Dans la fosse iliaque gauche, dont le malade s'était plaint au cours de sa troisième poussée d'appendicite, l'intestin n'était ni congestionné ni adhérent.

En somme, mon opéré a succombé après une laparotomie qui n'aurait pu, en cas de survie, lui être d'aucune utilité. Je n'avais pu trouver l'appendice, et l'eussé-je trouvé que son excision était peu indiquée. S'il était dilaté, il était peu altéré, n'avait subi aucune solution de continuité; il n'était entouré d'aucune collection nécessitant un acte chirurgical. Et pourtant, à chaque poussée d'appendicite, douleurs, empâtement, fièvre, avaient présenté un haut degré d'acuité, et les trois poussées étaient survenues en moins d'une année. Ne faudrait-il pas tenir compte dans une certaine mesure, pour expliquer l'apparition de ces poussées, aussi bien des lésions iléo-cæcales que de celles de l'appendice.

II. Mon deuxième cas, quoique d'un autre ordre, me paraît aussi instructif. Son observation résumée figure parmi les exemples d'appendicite tuberculeuse que j'ai rapportés à la Société de chirurgie. Depuis lors l'examen bactériologique et une inoculation a montré à notre collègue M. Antony qu'il s'agissait bien d'un processus tuberculeux.

Après plusieurs poussées aiguës, je fis chez lui une laparotomie, excisai et liai l'appendice turgescent, non ulcéré. Le cæcum, dans une certaine étendue, et la terminaison du petit intestin étaient indurés.

Après une guérison temporaire par première intention, il se produisit une fistule. L'opération date de vingt mois; ni des cautérisations répétées, ni des curages fréquents, ni une nouvelle laparotomie pratiquée il y a treize mois, laparotomie suivie de l'excision des bords d'une perte de substance cæcale, à la place de la base de l'appendice, ni une autoplastie ne m'ont permis de tarir cette fistule qui, dans maintes observations, est considérée comme un accident de très minime importance.

Il ne me restait plus qu'à conseiller la résection d'une certaine étendue du cæcum et de la terminaison de l'intestin grêle. Je l'ai proposée, le malade n'a pas voulu l'accepter. Au point de vue local, l'opération a donc été insuffisante, puisqu'elle n'a pu amener une guérison définitive. A d'autres points de vue, elle a présenté de réels avantages; elle a amené la cessation définitive des crises douloureuses, enfin elle a été suivie d'un rétablissement de la santé générale tel qu'on ne pourrait douter, à voir ce malade très amaigri au moment de l'opération et aujourd'hui de si belles apparences, qu'il présente une lésion tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit, si de semblables faits se montraient fréquents (je l'ai observé une fois sur six cas), il y aurait lieu de se demander, en présence de lésions cæco-appendiculaires tuberculeuses, si la résection de l'appendice suffit et si l'excision de l'intestin ne serait pas préférable. Peut-être aussi, quand les accidents ne sont pas absolument

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 49.12.93. *Le gérant* : G. Masson.

pressants, pourrait-on se demander s'il n'est pas préférable de faire de l'expectation médicale.

M. Quénu. Je pense que, dans les appendicites à répétition, il n'est pas toujours nécessaire, pour obtenir un bon résultat, d'enlever l'appendice. Au mois de janvier dernier, j'ai dû intervenir chez un enfant de 12 ans qui avait eu déjà trois ou quatre rechutes successives et dont l'état général commençait à devenir menaçant. Il existait chez lui une tuméfaction dure dans la fosse iliaque. La laparotomie conduisit sur une masse formée par le grand épiploon, au-dessous duquel se trouvait le cæcum perdu dans un magma d'adhérences, au milieu duquel il fut impossible de trouver l'appendice. Sans prolonger les recherches, je refermai le ventre après interposition d'une mèche de gaze iodoformée. Depuis lors, la guérison du petit malade ne s'est pas démentie. Il est probable qu'en pareil cas les accidents sont dus aux brides cicatricielles enserrant l'intestin.

M. Tuffier présente un malade chez lequel il a pratiqué, il y a vingt jours, la néphrolithotomie pour des calculs du rein.

M. Berger montre une malade atteinte de lymphadénome primitif de l'amygdale et des ganglions du cou.

M. Mignon, agrégé du Val-de-Grâce, montre un malade présentant, dans la région sus-claviculaire droite, une tumeur qui se gonfle pendant l'effort et dans la position déclive de la tête. (Rapporteur, M. Delorme.)

Présentation de pièces.

M. Delbet présente une pièce relative à une résection de 8 centimètres de l'intestin grêle gangréné, dans une hernie inguinale. Le malade ayant succombé trois mois après à un carcinome du pylore, on a pu constater l'état de la suture à ce moment.

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire annuel,

E. Kirmisson.

Séance du 29 novembre 1893.

Présidence de M. PÉRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopte.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de MM. ANGER et DELENS, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° a. *Fracture du crâne par coup de feu avec enfoncement. Trépanation ; — b. Ablation au bistouri d'une tumeur occupant la loge du biceps et adhérente au muscle. Réunion par première intention ; — c. Boutonnière périnéale pratiquée à la suite de la perte complète de la verge*, par M. CHUPIN, médecin-major (M. CHAUVEL, rapporteur) ;

4° *Trois observations de calculs vésicaux traités par la taille hypogastrique*, par M. BARETTE (de Caen) (M. Segond, rapporteur) ;

5° *Anévrisme de la carotide primitive ayant nécessité la ligature du vaisseau au tiers inférieur*, par M. ISAMBERT, médecin-major (M. Bouilly, rapporteur).

ALLOCUTION A M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

A L'OCCASION DU 70e ANNIVERSAIRE DE SA NAISSANCE

Avant de donner la parole à M. Verneuil pour une communication, M. PÉRIER prononce l'allocution suivante :

Cher et éminent Collègue,

Vous excuserez mon indiscrétion si je divulgue que, par une heureuse rencontre, c'est aujourd'hui le soixante-dixième anniversaire de votre naissance.

Un anniversaire de naissance se fête toujours en famille ; fêtons le vôtre ici même, où vous avez tous les droits d'un chef de famille.

Je viens donc, au nom de nos collègues, vous dire que nous saisissons avec bonheur cette occasion de vous témoigner nos sentiments de reconnaissance et d'affection pour la part si grande que vous avez prise à établir le bon renom de la Société de chirurgie.

Vous en êtes membre depuis l'année 1852, et pendant plus de quarante ans vous y avez déployé, sans arrêt, l'activité la plus féconde. Vous en avez fait votre confidente! Pas un de vos travaux dont elle n'ait eu la primeur !

Que de discussions fructueuses vous y avez soulevées ! Combien, où votre intervention a porté la lumière! En est-il même une seule de quelque importance qui ne vous ait amené à cette tribune?

Vous avec cultivé passionnément tout ce qui touchait à notre art et entretenu chez vos collègues, comme chez vos élèves, une ardeur qui, sous votre aiguillon, ne pouvait se ralentir.

Vous nous avez fait comprendre quel droit à l'estime et au respect de tous peut acquérir un homme dont la passion dominante est un amour profond de la science et du prochain.

Vous avez eu la bonne pensée de vouloir nous exposer aujourd'hui quelques-unes de vos idées sur des faits de haute chirurgie ; nous sommes heureux de voir que chez vous la valeur ne s'éteint pas avec le nombre des années, et nous avons hâte de vous entendre.

Communications.

Remarques sur l'extirpation de certaines tumeurs intra-buccales,

Par M. Verneuil.

Si le fait que j'ai l'honneur de vous communiquer présente déjà quelque intérêt, pris isolément et en raison de ses particularités, il pourrait avoir le mérite plus grand de susciter une discussion étendue sur plusieurs questions importantes de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale, qui, à diverses reprises déjà, ont été agitées dans cette enceinte, qu'il est bon de remettre, de temps à autre, à l'ordre du jour, quelques-unes d'entre elles n'ayant pas reçu de solution définitive.

Vous me permettrez, en conséquence, de l'exposer avec quelques détails et de mettre en relief les points dignes d'être visés ou revisés, ainsi que les propositions antérieures qu'il convient de confirmer ou d'infirmer.

Je crois d'ailleurs qu'il n'est pas inutile de décrire, avec quel que soin, la technique opératoire, afin de constituer une espèce de procédé classique pour l'extirpation des tumeurs susdites.

OBSERVATION. — *Sarcome de l'amygdale gauche, de la moitié voisine du voile du palais et des piliers correspondants, avec propagation au bord et à la base de la langue et forte adhérence au corps de l'os hyoïde et à la grande corne. Opérations préliminaires ; ligature de la carotide externe ; ouverture de la cavité buccale par la voie génale inférieure (procédé Verneuil-Maunoury) et la voie sus-hyoïdienne. Extirpation de la tumeur en partie par l'une, en partie par l'autre de ces deux voies. Suites très simples. Guérison opératoire.*

H. Bl.... âgé de dix-huit ans, apprenti charcutier, demeurant en province, d'une excellente santé ordinaire, issu de père et mère très robustes, sans antécédents néoplasiques de famille, et n'ayant eu, dans son enfance, qu'une affection d'un membre inférieur, probablement rhumatismale, avec atrophie consécutive en longueur et en épaisseur et claudication légère du reste, n'entravant pas la marche, vient me consulter, le 8 octobre 1893, pour une tumeur intra-buccale qui n'a été constatée que depuis deux mois environ, bien qu'ayant vraisemblablement débuté une année auparavant par une angine suivie de paralysie du voile du palais, permettant le passage des liquides dans les fosses nasales et leur pénétration dans le larynx.

De la forme et du volume d'une mandarine de moyenne grosseur, elle occupe un peu plus de la moitié gauche du voile du palais dans toute sa hauteur, comble la fosse amygdalienne de manière à se confondre avec la glande, envahit le pilier antérieur qu'on ne distingue plus nettement, et recouvre en bas et à gauche le tiers postérieur de la base de la langue, de façon à cacher presque complètement la face antérieure de l'épiglotte, qu'elle refoule en arrière.

Il semble, tout d'abord, n'y avoir qu'un simple contact entre la tumeur et la langue, mais avec la pointe de l'index, on constate l'existence d'une adhérence forte et étendue entre les deux parties, ce qui, joint à la fusion de la portion externe de cette même tumeur avec l'amygdale, ses piliers et, par conséquent, la paroi latérale du pharynx, explique la fixité inattendue du voile du palais tout entier et surtout de la masse morbide que mobilisent fort peu les mouvements de respiration et de déglutition, et que le toucher direct déplace à peine.

Les troubles fonctionnels, très exagérés, depuis les dernières semaines, ne sont, cependant, pas excessifs ; l'air passant librement par les fosses nasales et le pharynx, la respiration est assez normale ; il y a toutefois du ronflement la nuit. La déglutition est plus gênée, mais l'alimentation reste cependant suffisante et facile. La voix est assez fortement nasonnée et la parole parfois embarrassée ; point de salivation ; point de troubles de l'ouïe du côté malade.

Il y a indolence absolue, même au toucher, mais en revanche hyperesthésie et intolérance telles de la muqueuse de l'arrière-gorge,

que le contact le plus léger du doigt provoque des nausées, de la suffocation, et des mouvements désordonnés du jeune garçon, d'ailleurs très pusillanime. Cette circonstance, qui rend l'exploration complète à peu près impossible, empêche de reconnaître exactement jusqu'où s'étend le néoplasme par en bas, et le degré de saillie que fait la face supérieure du voile du palais dans la cavité pharyngienne.

La tumeur elle-même présente les caractères suivants :

Limitation précise en haut et en dedans seulement; saillie de près de 3 centimètres au centre, un peu moins à la circonférence; surface assez régulière, à peine un peu mamelonnée en certains points, mais adhérence intime de la muqueuse qui est rouge, sillonnée de veinules assez volumineuses et de fines artérioles, sans trace ni menace d'ulcération prochaine cependant ; consistance très ferme, rappelant celle des polypes utérins et égale partout, même dans la région répondant particulièrement à l'amygdale.

Tuméfaction notable de la région sus-hyoïdienne, due à l'augmentation de la glande sous-maxillaire et vraisemblablement aussi à l'engorgement des ganglions de la région.

Les mouvements du cou, quoique non douloureux, sont notablement limités par une sorte de contracture.

Dernier détail, non sans quelque intérêt : muqueuse buccale saine partout; dentition irréprochable; point de fétidité de l'haleine: telles étaient les lésions locales.

Il n'est pas inutile de remarquer à ce propos que, par une heureuse, quoique rare, exception, on n'avait pas soumis le malade à ce banal, mais si funeste traitement par le mercure et l'iodure de potassium, qui aggrave tant les néoplasmes buccaux, contre lequel je proteste, depuis si longtemps, et dont les bons résultats ne s'appuient que sur des erreurs de diagnostic, bien faciles pourtant à éviter.

Le diagnostic, ici, n'offrait pas, d'ailleurs, de grandes difficultés.

La tumeur affectait le siège, la forme, les rapports de ces tumeurs glandulaires si bien décrites par nos anciens maîtres : Michon, Robert, Nélaton, etc., et qui naissent dans l'épaisseur du voile du palais ; mais elle en différait par la structure et la nature. Il ne s'agissait point, en effet, d'un de ces adénomes ou adénofibromes peu vasculaires, bien circonscrits, en quelque sorte enkystés, facilement énucléables et d'un pronostic généralement bénin ; mais d'un sarcome à marche rapide, envahissante, à limites indécises, à adhérences périphériques solides renfermant d'abondants vaisseaux ; sans envahissement considérable des ganglions cervicaux il est vrai, ce qui excluait l'idée d'un lymphome amygdalien, le tout impliquant toutefois un pronostic sérieux immédiat à cause des dangers et des difficultés opératoires, et des chances malheureusement grandes de récidive locale et, plus tard, ed généralisation.

Pourtant, comme, en l'absence de contre-indications formelles, il paraissait impossible de ne pas faire au moins une tentative consciencieuse, j'y procédai après avoir exposé mes appréhensions présentes et futures à mon excellent confrère le docteur Grosfilay, médecin du malade, qui voulut bien m'assister, ainsi que mes bons amis Paul Reclus, L.-H. Petit et Ed. Lecler.

Nous arrêtâmes d'avance un programme dont les principaux articles visaient :

La chloroformisation ;

La création d'une voi préliminaire facilitant l'abord de la tumeur et son ablation aussi complète que possible ;

L'hémostase anté, intra et post-opératoire ;

Le traitement le plus apte à prévenir les accidents consécutifs.

On sait que jadis — et il n'est pas nécessaire même de remonter très haut dans le passé — beaucoup de chirurgiens redoutaient fort, en cas d'opération sur la face et ses cavités profondes, l'anesthésie, à laquelle ils reprochaient d'exposer à de graves accidents, entre autres la suffocation, l'asphyxie par pénétration et accumulation du sang dans les bronches qui, insensibles à son contact, devenaient par là incapables de s'en débarrasser.

A quoi les partisans de la chloroformisation répliquaient en mettant en parallèle ses nombreux avantages avec la rareté des accidents susdits, indéniables sans doute, mais presque toujours facilement évitables, à l'aide d'une série nombreuse et variée de mesures efficaces, tels : la situation déclive de la tête, dite position de Rose ; l'occlusion laryngienne, la trachéotomie préventive, le tamponnement des arrière-narines ; la quasi-suppression de l'hémorragie par l'emploi de l'exérèse non sanglante et par les méthodes et procédés de l'hémostase préventive ou successive, indirecte et à distance, ou directement appliquée dans le champ opératoire lui-même, à la faveur surtout des opérations préliminaires. Ils en concluaient que, grâce à toutes ces ressources judicieusement utilisées, les opérations faciales, rentrant dans la loi commune, pouvaient être pratiquées dans le sommeil anesthésique.

L'emploi du chloroforme était, d'ailleurs, formellement indiqué dans le cas présent, car on ne pouvait compter en aucune façon sur le courage ni la docilité du sujet, pas plus du reste que sur la tolérance de la muqueuse buccale, laquelle, en dépit de l'administration du bromure de potassium à haute dose, et d'attouchements réitérés à la cocaïne, avait conservé jusqu'au dernier moment une telle excitabilité, qu'au moindre attouchement toute la musculature bucco-cervicale entrait en contraction violente, ce qui eût certainement rendu les manœuvres opératoires très malai-

sées, voire même fort dangereuses, sinon impraticables, comme on l'a observé plus d'une fois.

Après la question de l'anesthésie, vient le choix du procédé. Inutile, je crois, d'insister sur l'absolue nécessité dans le cas actuel d'une opération préliminaire. Car si, pour les vulgaires adénomes ou fibro-adénomes du voile du palais bien circonscrits, bien visibles, et généralement faciles à énucléer, on peut opérer par la voie naturelle, c'est-à-dire par la bouche largement ouverte ; s'il en est de même pour les tumeurs amygdaliennes malignes, saillantes et mobiles, qu'on enlève sans grande peine avec le galvano-cautère ou l'écraseur linéaire, comme je l'ai fait deux fois avec succès pour des lymphomes ; ici, en raison de l'étendue du mal, de ses prolongements mal connus, de ses adhérences périphériques, de ses rapports périlleux avec la paroi latérale du pharynx, il eût été fort téméraire pour le présent de ne pas suivre d'un œil attentif la marche des instruments et aussi imprudent pour l'avenir de s'exposer à faire une éradication incomplète.

Or, plusieurs procédés étant applicables, je les passerai en revue et les apprécierai de mon mieux :

1° Le plus simple à coup sûr est la *voie génale supérieure* par incision transversale ou légèrement courbe à concavité supérieure allant de la commissure des lèvres, jusqu'au bord antérieur du masséter. Combinée avec l'écartement des mâchoires, elle découvre largement la commissure inter-maxillaire, la base de la langue, les régions amygdalienne, palatine et le voile du palais.

L'hémostase est très aisée et le sang ne pénètre pas dans la bouche, si on lie les vaisseaux avant d'arriver à la muqueuse ; en revanche elle a quelques inconvénients, donnant moins de jour qu'on ne pourrait le croire si la joue est épaisse, exposant de plus à blesser le canal de Sténon et un certain nombre de filets du facial. Enfin, si la réunion se fait mal à la partie profonde, il en résulte une cicatrice déprimée que j'ai vue fort disgracieuse chez une jeune femme qui en était très affectée. Mon jeune homme, d'un physique agréable, l'eût été également, car je lui avais dit que son opération ne le défigurerait nullement.

Seconde objection. Depuis bien des années déjà, en cas d'épithéliomas divers, de la muqueuse buccale, de la langue, des maxillaires, toutes les fois, en un mot, que je puis craindre l'envahissement latent ou patent des ganglions sous-maxillaires, j'ai l'habitude d'en faire l'ablation ainsi que de la glande de même nom. Or, l'incision génale supérieure ne dispensant pas de balafrer encore et assez largement la région sus-hyoïdienne, on crée ainsi deux foyers traumatiques au lieu d'un.

2° Le procédé de Roux-Sédillot (*voie maxillaire inférieure*

médiane), qui consiste à diviser verticalement, au niveau de la symphyse, la lèvre inférieure, les téguments du menton et du plancher de la bouche, enfin, l'os maxillaire lui-même, offre de grands avantages.

Ouvrant à deux battants, si je puis ainsi dire, la cavité buccale, il permet de conduire et de suivre du regard tous les instruments, à toutes les profondeurs, jusqu'au voile du palais et même au pharynx inclusivement.

L'hémorragie, presque nulle lors de l'incision préparatoire, plus menaçante à la vérité pendant l'ablation de la tumeur, peut, même dans ce temps, être fort restreinte, si l'on emploie l'exérèse non sanglante : écraseur, thermo ou galvanocautère, ou quand, en disséquant les tumeurs à l'instrument tranchant, on se sert convenablement de la forcipressure temporaire ou définitive.

La chloroformisation se fait sans difficulté ; assez facile aussi est l'ablation des ganglions sous-maxillaires quand elle est utile, puisqu'il suffit de faire partir de l'incision médiane une ou deux incisions horizontales qui cotoient le bord inférieur de la mâchoire; enfin l'opération restauratrice immédiate est fort simple, en ce qui concerne les parties molles.

Les seules ombres à ce tableau sont le danger, minime sans doute, mais réel, inhérent à toutes les fractures ou sections de la mâchoire inférieure ; puis surtout la difficulté qu'on éprouve à suturer les deux pièces osseuses, à en obtenir la soudure, à en prévenir le déplacement et le chevauchement consécutif, qui amènent une difformité considérable.

3° Une troisième voie, que j'appellerai *maxillaire inférieure latérale*, étant plus courte, conduit plus directement à la région palato-amygdalo-linguale. On la trace en découvrant la face externe du maxillaire inférieur au niveau du bord antérieur du masséter, et en pratiquant là, soit une section verticale simple, soit encore une résection définitive ou temporaire, qui donne beaucoup de jour. L'écoulement sanguin est médiocre, la chloroformisation facile comme dans l'autre procédé, mais on retrouve aussi comme objections la durée de la cure et les imperfections de la réparation osseuse.

4° Reste enfin un dernier procédé de pénétration buccale, *voie génale inférieure* ou *géno-sous-maxillaire*, que j'ai emprunté à une des variétés de résection partielle de la mâchoire inférieure, il y a près de vingt ans, et appliqué à l'extirpation des néoplasmes profonds de la cavité buccale. Mon cher disciple et ami, M. le docteur G. Maunoury (de Chartres), qui l'avait vu employer en 1876, pendant qu'il était mon interne, l'a répété en 1878, puis

décrit avec soin en 1879, dans une observation qui a été jadis communiquée à la Société de chirurgie [1].

J'ai moi-même attiré de nouveau l'attention, le 7 mai 1884 [2], sur ce procédé qu'à cette époque j'avais employé cinq fois déjà, dans des cas variés de tumeurs de la joue, de la langue, du rebord alvéolaire, du palais et de son voile, dont j'ai continué à me servir encore et qu'ont adopté, à ma connaissance, plusieurs de nos jeunes collègues, entre autres MM. Reclus et Ricard.

Pour faciliter la compréhension du manuel, je ferai passer sous



Fig. 1.

vos yeux quatre desseins que j'ai fait exécuter et qui en représentent les temps divers.

Premier temps. — Incision superficielle des téguments en partant de la commissure des lèvres, allant rejoindre le bord inférieur du maxillaire inférieur, en suivant le sillon géno-mentonnier, puis l'angle de la mâchoire, en suivant le bord inférieur de cette dernière (*fig.* 1).

Deuxième temps. — Incision successive des parties molles,

[1] *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879, p. 757.
[2] *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 379.

couche par couche, jusqu'à la glande sous-maxillaire, dans la partie horizontale seulement de l'incision superficielle. Après avoir incisé le peaucier, on tombe sur l'artère faciale, qu'on sectionne entre deux ligatures.

Troisième temps. — Dissection de la glande sous-maxillaire et des ganglions voisins, lorsqu'ils sont dégénérés ; section des adhérences fibreuses entre deux ligatures ; nouvelle section de

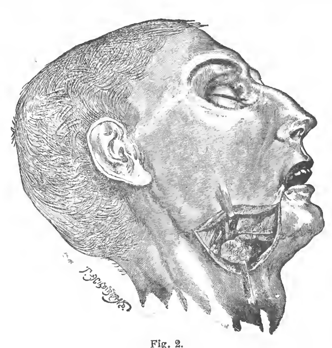


Fig. 2.

l'artère faciale à l'angle inférieur et postérieur de la masse glandulaire (*fig. 2*).

Quatrième temps. — Recherche de la carotide externe en suivant le bout cardiaque de l'artère faciale ; dénudation et ligature de cette carotide au-dessous des collatérales.

Jusqu'alors, on n'a pas ouvert la cavité buccale ; les vaisseaux donnant du sang ont été saisis avec des pinces et le sang n'a pas pénétré dans la bouche. La ligature de la carotide tarit la plupart de ces vaisseaux, dont on n'a plus à s'occuper après avoir enlevé les pinces.

Cinquième temps. — Incision du reste des parties molles situées entre la commissure et le maxillaire inférieur. Ouverture

de la bouche, qui est alors largement béante, au moyen d'un écarteur à branches divergentes ou de la vis conique en buis.

Sixième temps. — Ablation de la tumeur intra-buccale (*fig. 3*). S'il s'agit d'une tumeur des maxillaires, on peut disséquer les parties molles, soit en haut, soit en bas, de façon à mettre à nu ces os aussi largement qu'il est nécessaire (*fig. 4*).



Fig. 3.

Septième temps. — Suture des lèvres de l'incision, sauf, en général, dans la partie moyenne correspondant à la masse glandulaire, où l'on place un drain plus ou moins volumineux.

Les applications de ce procédé sont nombreuses et ses avantages manifestes. D'une exécution simple, il n'implique nécessairement la pénétration, ni dans la région sus-hyoïdienne, ni dans la loge sous-maxillaire, pas plus que l'incision du plancher buccal, mais rend très aisés tous ces actes s'ils sont nécessaires et, en particulier, l'ablation si souvent utile du paquet formé par la glande et les ganglions sous-maxillaires; il rend également facile l'hémostase préventive, successive et définitive à tous les degrés, en permettant de lier, à volonté et suivant les besoins, une ou plusieurs des branches collatérales de la carotide externe et le tronc même de ce vaisseau.

Arrivant jusqu'à la gaine de la carotide primitive, il permet, ce

qui est arrivé précisément dans le cas actuel, d'en extraire un gros ganglion.

Le sang ne coulant dans la cavité buccale que très tardivement èt en très petite quantité, la pénétration dans les voies aériennes est prévenue, ce qui rend inutiles la trachéotomie, le tamponnement laryngé, la position de Rose, etc. La chloroformisation ne soulève dès lors aucune objection, l'anémie aiguë n'est pas à craindre.

Combiné avec l'écartement des mâchoires et la dissection plus

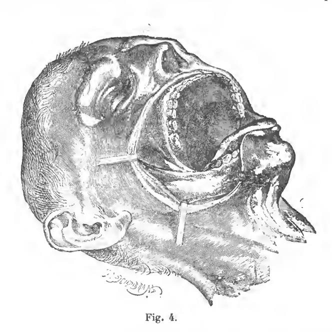


Fig. 4.

ou moins étendue des lambeaux, il donne beaucoup de jour et libre abord dans tous les points du vestibule buccal et de la cavité du même nom.

Créé pour éviter la section ou la résection latérale du maxillaire inférieur sain, il rendrait l'une ou l'autre très aisée si, au cours de l'opération, elle paraissait commandée par l'extension constatée du néoplasme et sa propagation méconnue à la face interne de l'os.

On remarquera qu'il donne accès dans la bouche par deux chemins : l'un latéral, la joue, l'autre inférieur, le plancher buccal. On verra, dans un instant, le parti que j'ai tiré de cette disposition.

Au point de vue orthomorphique, qui est fort à considérer en cas d'opération préliminaire sur la face, il entraîne après lui un

minimum de difformité. Convenablement suturée, la partie faciale de l'incision ne laisse que peu ou pas de traces. La cicatrice sus-hyoïdienne, à la vérité est plus visible, mais outre que chez l'homme elle est masquée par la barbe, elle pourrait facilement être corrigée chez la femme par une petite opération complémentaire.

L'intégrité conservée de la mâchoire inférieure met à l'abri des difformités consécutives aux sections préliminaires médiane ou latérale de cet os.

Enfin, et c'est un point sur lequel je reviendrai plus tard, il rend très simple l'antisepsie du foyer traumatique, ce qui, comme on le sait, est très important dans les plaies cavitaires où abondent les matières putrides et les microbes pathogènes.

C'est pour tous ces motifs que j'ai donné, dans le cas présent, la préférence à ce procédé.

Restait à assurer l'économie du sang et l'hémostase, non pas seulement dans l'opération préliminaire, ce qui n'offrait point de difficultés, mais dans l'acte fondamental de l'extirpation de la tumeur; car avec une hémorragie nulle ou minime, on évitait tous les accidents primitifs inhérents à ces opérations cavitaires profondes.

Or, pour atteindre ce but si désirable, on n'avait, en réalité, qu'un petit nombre d'expédients. Sans doute on pouvait, à l'aide du thermocautère, incisant hardiment le voile du palais, isoler la tumeur sur la ligne médiane, puis détruire ses attaches au bord postérieur de la voûte palatine osseuse et libérer ainsi la partie interne et supérieure de sa circonférence. Mais la dissection devenait beaucoup plus délicate, aussi bien en dehors dans la région de l'amygdale et de ses piliers, qu'en bas, du côté de la langue.

En dehors, il fallait tailler dans la paroi latérale du pharynx, la perforer, l'exciser probablement dans une certaine étendue et alors affronter les redoutables rapports qu'elle présente avec les vaisseaux carotidiens et les nerfs qui les accompagnent.

Inférieurement la tumeur, comme nous l'avons dit, adhérait à la base de la langue et se prolongeait plus bas encore par une sorte de pédicule masqué par le maxillaire et dont, par conséquent, il eût été malaisé d'atteindre les insertions.

Procéder dans cette partie du contour de la tumeur par arrache. ment ou énucléation à l'aide d'un instrument mousse, aurait eu pour avantage de diminuer les chances d'hémorragie, mais pour inconvénient majeur d'exposer à une extirpation incomplète, c'est-à-dire à une repullulation inévitable et rapide.

Le meilleur moyen d'éviter ces écueils était certainement de pratiquer une ligature préliminaire.

On n'a pas oublié une importante discussion qui eut lieu à la

Société de chirurgie en 1863 et dans laquelle je me montrai partisan convaincu de cet expédient.

J'avoue que je fus mis alors en minorité, mais non seulement je n'ai jamais abandonné pour celà mes opinions, mais je suis plus disposé que jamais à les soutenir, grâce aux modifications survenues depuis dans la pratique opératoire.

J'avais eu le premier tort de vanter la ligature de la carotide primitive, qui, par ses dangers spéciaux, prête à des objections auquelles échappe la ligature de la carotide externe, dont on ne parlait guère il y a trente ans, mais qui a justement fait fortune aujourd'hui, et qui, dans le cas actuel, remplissait très bien les indications [1].

Jadis toutes les ligatures des grosses artères exposaient à des accidents, aux hémorragies secondaires entre autres, surtout quand elles portaient sur des vaisseaux fournissant de nombreuses collatérales. Aujourd'hui le péril est quasiment nul, si la constitution du sujet est passable, si l'artère et les tissus qui l'entourent sont à peu près sains, si enfin on adopte le pansement antiseptique ouvert. De sorte que les avantages l'emportant de beaucoup sur les inconvénients, je n'ai pas hésité de mettre à profit cet élément de sécurité immédiate et de succès ultérieur.

Mon programme opératoire ainsi arrêté, je prends le bistouri le 12 octobre au matin, dans l'amphithéâtre très bien éclairé, condition essentielle en pareil cas, de la maison de santé des Frères Saint-Jean-de-Dieu.

L'anesthésie, le plus souvent laborieuse dans les opérations de ce genre, est confiée à M. le docteur C.-H. Petit, qui se sert d'un excellent chloroforme versé par doses minimes sur une simple compresse. Conduite très prudemment et très lentement, elle ne provoque pas d'accidents, à condition, toutefois, que la bouche soit bien ouverte, et que la tête ne soit pas trop renversée en arrière, attitude qui amenait immédiatement de la gêne respiratoire.

L'incision, partant de la commissure labiale gauche, descend obliquement sur la branche horizontale du maxillaire à la réunion de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs, puis se prolonge en arrière en suivant ce bord jusqu'à l'angle de la mâchoire. Elle comprend la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les couches musculaires de la lèvre inférieure, mais n'intéresse pas la muqueuse.

L'artère faciale et ses veines, mises à nu au moment où elles croisent

[1] Voir in *Arch. f. klin. Chir.*, vol. LXIV, fasc. I, 1893, p. 1, un bon travail du docteur Lipps (de Willich) : « Uber die Unterbindung der Carotis externa. » Je sais qu'en France, dans ces dernières annees, on a répété maintes fois cette utile opération, mais bien des observations sont restées inédites, et j'ai l'espoir qu'elles verront le jour à la présente occasion.

le bord du maxillaire, sont étreintes, puis coupées entre deux ligatures passées avec l'aiguille de Deschamps.

On ouvre ensuite la loge qui contient la glande sous-maxillaire et ses ganglions satellites, puis on détache toute la masse glandulaire en haut, en bas et en dedans ; mais à l'angle externe et inférieur on dissèque avec précaution le pédicule de la glande, là où pénètre l'artère faciale, qu'on reconnaît à l'avance par la vue et la palpation, et sur laquelle on jette une solide ligature. Après quoi, la glande salivaire est extirpée avec plusieurs ganglions, dont l'un est du volume d'une petite noisette.

Comme de coutume, une anastomose faisant communiquer les deux faciales au-dessous de la symphyse mentonnière, donne du sang qui obscurcit le champ opératoire. On en fait la ligature.

Je vais ensuite à la recherche du tronc de la carotide externe, que je veux lier à une petite distance de sa naissance de la carotide commune. Ici je rencontre quelques difficultés, que je crois utile de signaler.

Ne pouvant mettre la tête dans l'extension, comme on a coutume de faire dans le procédé ordinaire, parce que cette position, comme je l'ai dit plus haut, gênait beaucoup la respiration, ne voulant pas pratiquer d'incision nouvelle, croyant pouvoir me passer des points de repère classiques et me contenter de la large plaie créée dans la région sus-hyoïdienne, j'y cherche le bout de la faciale que je viens de lier pour suivre cette artère dans la profondeur jusqu'au point où elle naît de la carotide externe. Mais, en raison de la flexion légère de la tête, du volume de la saillie et de la contracture du bord antérieur du sterno-mastoïdien, il me fallut faire écarter fortement en dehors le muscle, puis la très gênante veine jugulaire interne, pour trouver enfin, à près de 3 centimètres de profondeur, le vaisseau susdit qu'alors je dénudai sans peine dans une petite étendue, et que je liai avec la soie phéniquée à 5 millimètres environ de son origine et de celle de la thyroïdienne inférieure et à distance à peu près égale de la linguale.

La plaie labio-géno-sous-maxillaire, qui jusque-là avait fourni un écoulement de sang dont pas une goutte, d'ailleurs, n'avait pénétré dans la bouche, mais qui néanmoins, tout minime qu'il fût, avait un peu gêné la dissection, devint subitement exsangue. Je la lavai avec l'eau phéniquée forte et la remplis mollement d'ouate hydrophile imbibée du même liquide.

Après quoi je pris deux ou trois minutes pour replonger dans la résolution complète l'opéré, qui s'agitait quelque peu.

Le moment venu d'attaquer enfin la tumeur, j'ouvris la cavité buccale d'abord, en incisant la muqueuse labiale, et celle du cul-de-sac géno-gingival, puis en détachant le lambeau de la face externe du maxillaire inférieur, le relevant de bas en haut et d'avant en arrière et le maintenant ainsi renversé sur la région malaire, à l'aide d'une pince de Museux confiée à un aide.

Puis j'introduis, au niveau de la commissure inter-maxillaire, pour obtenir le plus d'écartement possible, la pince dilatatrice de Delabarre ouverte au maximum : elle est confiée à un autre aide.

On découvre ainsi largement la base de la langue, et l'épiglotte en bas, en haut la voûte palatine, la portion saine du voile et la tumeur, dont on distingue aisément le contour, sauf inférieurement, comme j'ai déjà dit.

Pour faire comprendre la manœuvre opératoire, je diviserai ce contour en quatre parties correspondant aux connexions qu'il fallait successivement détruire.

A. Connexions internes avec la moitié droite du voile du palais ;

B. Connexions supérieures avec le rebord libre de la voûte palatine osseuse ;

C. Connexions externes avec la paroi pharyngienne latérale au niveau de l'amygdale et de ses piliers ;

D. Connexions inférieures avec la base et le bord de la langue.

Après avoir solidement saisi, fixé et attiré à moi la tumeur avec une pince de Museux, je détruisis la première avec le thermocautère. La section courbe à concavité gauche empiéta quelque peu sur la moitié saine du voile, parce que la tumeur elle-même dépassait la ligne médiane. Je pus néanmoins conserver la luette. La ligature de la carotide n'ayant naturellement pas ischémié la partie droite du voile, je dus procéder avec beaucoup de lenteur pour avoir une section exsangue.

La seconde section porta exclusivement sur le voile du palais, à son insertion à la voûte osseuse : elle fut également très facile et exsangue sur sa lèvre supérieure ; mais comme je l'avais prévu, la tumeur elle-même était très vasculaire, de sorte que la partie de l'incision qui lui correspond fournit un suintement sanguin, léger mais continu, que j'arrêtai cependant avec le thermo au rouge sombre.

La troisième section, qui devait détacher de la paroi pharyngienne la tumeur avec l'amygdale et le pilier du voile exigeait plus d'attention.

Avec la pince de Museux, j'attirai la tumeur horizontalement du côté droit, comme si je voulais la faire sortir de la bouche dans cette direction ; puis je fis, toujours au thermocautère, de haut en bas, une incision portant sur le bord adhérent du pilier antérieur et allant jusqu'à son insertion à la base de la langue. Ayant tracé ainsi un sillon de 1 centimètre environ de profondeur, rendu béant par la traction exercée par la pince de Museux, je porte l'extrémité de l'index et avec l'ongle et la sonde cannelée j'énuclée la tumeur par sa face externe, ce qui met à découvert la face antérieure du pilier postérieur, lequel est à son tour détaché à petits coups de haut en bas avec le thermo.

Comme j'ai pu m'en assurer plus tard, je fus assez heureux pour ne point perforer, ni même presque entamer la couche musculaire du pharynx.

Isolée dans les trois quarts de sa circonférence, la tumeur ne tenait plus que par en bas ; je crus alors pouvoir, en l'attirant en haut vers la voûte palatine, la soulever assez pour attaquer à ciel ouvert cette dernière attache, mais la fixité était encore telle que la base de la langue ne put pas même être mobilisée. Redoutant une adhérence à face interne de la mâchoire, j'explorai de nouveau avec le doigt l

partie la plus reculée du plancher buccal et reconnus que ce sillon était libre, mais que la partie correspondante de la langue, envahie par le néoplasme et devenue rigide et inextensible, adhérait solidement à la partie gauche de l'os hyoïde et à la grande corne correspondante, ce qui expliquait enfin pourquoi la masse morbide était si fortement fixée en bas.

A son tour l'exploration de la large plaie sus-hyoïdienne confirmait cette hypothèse, d'abord parce qu'on sentait aisément par cette voie l'induration linguale, qui, attirée en haut, entraînait dans le même sens l'appareil hyoïdien et le larynx lui même.

Éclairé désormais, je songeai un instant à sectionner ou à réséquer latéralement le maxillaire pour me faire du jour ; mais après courte réflexion, je procédai comme il suit :

J'enlevai d'abord par en haut, avec le thermocautère et les ciseaux, trois fragments du volume de la dernière phalange du pouce, représentant la presque totalité de la tumeur amygdalo-staphyline libre dans la bouche ; puis, ayant déchiré, avec le doigt et un instrument mousse, la muqueuse du plancher de la bouche, dans l'étendue de 5 centimètres répondant à l'induration linguale, je saisis cette dernière avec une pince de Museux, introduite sous la mâchoire, et l'attirai fortement en bas jusqu'à ce qu'elle parût dans la plaie sus-hyoïdienne. Alors, grâce à l'ischémie de la langue, je pus, avec les ciseaux courbes utilisés comme instrument tranchant et comme instrument mousse, réséquer un segment demi-ellipsoïde de la langue, comprenant de haut en bas toute l'épaisseur de l'organe, depuis la muqueuse supérieure jusqu'aux insertions hyoïdiennes, puis, d'avant en arrière, la partie étendue de la face antérieure de l'épiglotte jusqu'aux papilles caliciformes les plus externes, et enfin de dehors en dedans 2 bons centimètres d'épaisseur, sans atteindre toutefois la ligne médiane.

On voyait au fond et en bas de cette échancrure le bout béant de la linguale qui ne donnait pas de jet, mais que je crus prudent, toutefois, d'étreindre avec un fil.

Cette extirpation, par morcellement intra-buccal et sus-hyoïdien, demanda environ cinq minutes et fut assez laborieuse. J'y procédai aussi rapidement que possible, parce qu'en dépit de la ligature de la carotide empêchant bien entendu l'abord libre du sang dans le tronc de la linguale, le tissu de la tumeur amydgalienne et de son prolongement inférieur était resté assez vasculaire pour fournir un suintement sanguin notable, surtout par la surface de l'échancrure pratiquée à la linguale, ce qui, soit dit en passant, fait penser à quelle hémorragie on aurait eu affaire sans la ligature préliminaire du tronc commun des artères de la face. Ce suintement persistant après l'ablation de la tumeur, je l'arrêtai sans peine, en réunissant les bords supérieur et inférieur de la plaie linguale par trois sutures à la soie phéniquée.

L'opération avait duré trois quarts d'heure ; avant de procéder au pansement, je voulus, comme j'ai la coutume de le faire, assurer l'ingestion des liquides et des aliments, tout en évitant leur arrêt dans la plaie buccale, par la mise en place et à demeure d'une sonde de

caoutchouc rouge introduite dans l'œsophage par la fosse nasale et le pharynx.

Mais, par exception, je ne pus parvenir à engager profondément ni à maintenir cette sonde. Ces essais eurent pour seul résultat, que je ne regrettai point, du reste, de provoquer des nausées et même un vomissement qui expulsa 150 grammes environ d'un mélange de sang et de salive déglutis pendant les derniers temps de l'opération.

Je n'insistai point, pensant répéter la tentative le soir même, quand le spasme pharyngien ou œsophagien aurait cessé. Mais, quand je revins vers cinq heures, je fus agréablement surpris d'apprendre que quelques cuillerées de liquide, administrées avec précaution, avaient passé sans la moindre difficulté. L'expérience renouvelée devant moi ayant réussi, j'en conclus que le passage était rétabli et qu'alors la sonde œsophagienne devenait inutile.

J'arrive au pansement : la cavité buccale, les plaies labiale, génale et sus-hyoïdienne, soigneusement nettoyées, huit points de suture au crin de Florence affrontèrent très exactement les lèvres de la plaie faciale, depuis la commissure jusqu'au bord de la mâchoire. Trois autres points rétrécirent l'extrémité postérieure de la plaie sus-hyoïdienne au niveau de l'insertion du masséter; mais, en revanche, je laissai ouverte la vaste excavation créée par l'ablation du segment lingual et de la masse glandulaire sous-maxillaire, laquelle, bien lavée avec la solution phéniquée forte, et traversée par un gros tube à drainage pénétrant jusqu'à la cavité buccale, entre la langue et la face profonde de la mâchoire, est mollement remplie de gaze iodoformée.

Une compresse de cette même gaze, pliée en plusieurs doubles, recouvre à gauche la partie inférieure la face et la partie supérieure du cou.

Plusieurs plaques d'ouate hydrophile, une pièce de taffetas gommé, le tout maintenu par un bandage approprié, fait avec des bandes souples, molles, très modérément serrées, complètent l'appareil. Décubitus dorsal, la tête et le tronc un peu élevés ; silence absolu.

Prescriptions. — D'heure en heure, l'opéré prendra dans sa bouche, sans l'avaler, une gorgée de solution d'hydrate de chloral à 2 p. 100, qui, peu à peu, s'écoulera par la plaie sus-hyoïdienne et imbibera sans cesse les pièces du pansement.

Trois ou quatre fois par jour, on fera dans la bouche entr'ouverte, et avec la même solution, une pulvérisation. Le patient la trouve fort agréable parce qu'elle rafraîchit la muqueuse.

La soif étant nulle, on ne donnera rien à boire dans les premières heures. A la nuit, on permettra quelques cuillerées d'eau rougie et de bouillon, qui furent dégluties sans difficulté et sans retour du liquide par les fosses nasales.

La journée se passe dans le plus grand calme. Les douleurs sont nulles, l'apyrexie complète.

Nuit tranquille. Plusieurs heures de sommeil.

Le lendemain matin, on renouvelle seulement les pièces extérieures du pansement qui sont souillées par un liquide sanguinolent plutôt

que par du sang proprement dit, l'hémorragie post-opératoire ayant été nulle.

Toujours même indolence ; on permet du bouillon, du lait et de la limonade. La bouche est propre, l'haleine n'exhale aucune autre odeur que celle du chloral.

Les jours suivants, tout marche avec la même simplicité. On répète tous les matins le pansement externe. Au quatrième jour, j'extrais la première gaze iodoformée et le drain. La plaie béante est débarrassée soigneusement des débris alimentaires qu'elle renferme : lait caillé et panade colorés par le vin. Elle a bon aspect ; on y trouve une ligature libre, probablement celle de la faciale. Son pourtour ne présente ni rougeur, ni gonflement ; la plaie faciale réunie est à peine visible.

Tout continue à aller bien ; la température oscille de 36°8 à 37°2. Pouls calme.

Le 8e jour, ablation des sutures de la plaie faciale et de la commissure, réunion linéaire parfaite. Les trois sutures sus-hyoïdiennes postérieures ont, au contraire, échoué. Toutefois, la grande brèche sous-maxillaire s'est déjà notablement rétrécie. Les sutures linguales se sont spontanément détachées, la plaie qu'elles formaient semble réunie.

Le malade se lève et passe quelques heures dans un fauteuil, exempt de tout malaise.

Le 22 (11e jour). Chute spontanée de la ligature carotidienne. La plaie sus-hyoïdienne est plus d'à moitié fermée.

Le 25, j'examine, pour la première fois, l'intérieur de la bouche qu'à dessein, jusqu'alors, je n'avais pas voulu largement ouvrir. Je suis fort étonné des dimensions minimes de la brèche du voile du palais qui mesure à peine 2 centimètres et demi. L'échancrure linguale elle-même est fort réduite, l'épiglotte est à sa place.

La déglutition, la phonation, la respiration sont revenues complètement à la normale ; ce grand délabrement n'a donc causé aucun trouble fonctionnel et a fait justice, au contraire, de ceux qui existaient avant lui ; impossible de voir un résultat opératoire, primitif du moins, plus irréprochable.

Le 31 (19e jour). L'opéré retourne dans son pays ; depuis quatre jours, les aliments ne passent plus par la plaie du cou qui admettait à peine un crayon.

J'ai vivement recommandé au médecin traitant et aux parents du jeune homme de suivre, pendant un temps indéfini, le traitement médical suivant : tous les matins à jeun, quatre gouttes de liqueur de Fowler dans un peu d'eau sucrée ; tous les soirs en se couchant, une petite cuillerée à café de magnésie anglaise dans un demi-verre d'eau froide non sucrée.

Grande sobriété, régime végétarien prédominant.

Enfin, hygiène soignée de la bouche et suppression de l'usage du tabac à fumer.

Quelque prolixe que soit ce récit, je demande à revenir sur deux points importants : 1° la bénignité des suites d'une opération,

en somme grave et laborieuse; 2° le traitement post-opératoire antidyscrasique.

En ce qui touche le premier point, vous avez remarqué l'indolence, l'apyrexie complète, la conservation de l'appétit, des forces, du sommeil, de la gaîté; la régularité, la rapidité du processus réparateur, l'absence de toute complication locale ou générale. J'accorde qu'il y avait du côté du sujet un concours de conditions favorables : âge, excellente santé, constitution robuste, aucune tare constitutionnelle, région opérée en bon état.

Le milieu de son côté était sain, et nulle endémie menaçante n'y régnait.

Mais le péril pouvait provenir du trauma; aussi avait-on réuni là le plus possible de précautions préservatrices.

L'hémorragie avait été insignifiante : donc point d'anémie traumatique aiguë diminuant la résistance organique; la ligature préalable de la faciale et de la carotide externe, la suture de la plaie linguale avaient réalisé cette économie du sang, que j'ai toujours considérée et considère encore comme infiniment précieuse.

J'attribue, sans hésitation, à cette même ischémie préliminaire, une influence sérieuse sur la marche si simple de la plaie opératoire. Ce fait, qui a été un peu perdu de vue de nos jours, était jadis généralement accepté par nos maîtres; j'y insistai pour ma part en 1863. Nous avons entendu, jadis, Vanzetti proposer la compression artérielle digitale pour combattre le phlegmon des membres. Au temps où les amputations du membre inférieur donnaient de si funestes résultats, on avait remarqué la bénignité relative de ces amputations pratiquées après la ligature du tronc artériel principal. Un jour j'avais, de propos délibéré, répété la tentative. Peut-être serait-il bon de revoir encore quel parti la pratique chirurgicale pourrait tirer de cette notion; en tout cas, elle plaiderait en faveur des ligatures préliminaires et contre-balancerait jusqu'à un certain point les reproches dont elles sont passibles.

Il serait injuste, je crois, de méconnaître la part qui, dans la bénignité des suites, revient à l'antisepsie buccale, si continue et si complète chez notre opéré. La purification des plaies cavitaires m'a toujours préoccupé, depuis l'époque déjà si lointaine où seul, ou de concert avec mon très distingué disciple le professeur Jeannel (de Toulouse), j'ai étudié cette variété de traumas.

Le problème est beaucoup plus difficile à résoudre que pour les plaies simplement exposées aux agents pathogènes flottant dans l'atmosphère ou adhérents aux corps extérieurs. En effet, c'est dans la cavité elle-même, dans ses prolongements, dans ses anfrac-

tuosités, que se recrutent sans cesse de nombreux microbes capables d'infecter les plaies.

Le maximum de complication est réalisé dans les plaies extéro-cavitaires, comme celles de la bouche, parce qu'elles sont contaminables, à la fois, par les agents pathogènes autochtones et hétérochtones.

On a vu, cependant, avec quels moyens simples nous avons atteint le but; il a suffi : 1° de maintenir, sans cesse, en contact avec l'agent antiseptique, les parois du foyer traumatique, ainsi que les matières qui s'y trouvaient inévitablement accumulées; 2° d'assurer la facile issue au dehors des matières susdites.

On sait quelle puissance antiseptique possèdent les pulvérisations et le bain permanent, surtout quand on emploie des substances désinfectantes lentement volatilisables, parmi lesquelles l'hydrate de chloral figure très honorablement. Or, avec une solution à 2 0/0, fréquemment projetée en vapeur dans toute la cavité buccale ou directement versée dans le plancher buccal et dans l'excavation sous-maxillaire, mollement remplie de gaze iodoformée, on crée une atmosphère antiseptique permanente.

Malgré tout, la salive, les sécrétions de la plaie, un peu de sang et de pus, les escarres produites par la cautérisation, les boissons, les aliments divers s'accumulant dans le foyer buccal et son diverticule sus-hyoïdien, auraient fini par s'y altérer et l'on aurait vu survenir le redoutable phlegmon du cou si, par une suture cutanée, on avait fermé ce cloaque inférieurement.

Au contraire, en le laissant communiquer largement par son côté le plus déclive avec l'extérieur, à la faveur du drainage et de la béance de la plaie cervicale, on prévenait toute rétention et on rendait très aisé le nettoyage du foyer dans les pansements ultérieurs.

Ajoutons que l'on avait placé à l'extérieur, et maintenu par une bande très peu serrée, une couche épaisse d'ouate hydrophile, qui recevait et emmagasinait la solution chloralée, de sorte que l'appareil externe, quoique souillé par les liquides buccaux, n'exhalait aucune odeur.

J'entre dans ces détails minutieux, parce que n'ignorant point l'anathème dont les jeunes chirurgiens, pyophobes convaincus, frappent les pansements antiseptiques ouverts, pourtant si utiles, si nécessaires même en certains cas, et prévoyant la résistance que mes opinions à cet égard rencontreront, j'ai voulu expliquer ma conduite et indiquer pourquoi je l'ai adoptée dans les plaies cavitaires infectées ou si facilement infectables. Pourquoi, en d'autres termes, et pour me résumer, je préfère « ouvrir largement la porte

de sortie aux agents pathogènes intérieurs, plutôt que fermer la porte d'entrée aux mêmes agents extérieurs ».

N'est-il pas puéril d'ailleurs de compter sur la réunion de la plaie du cou pour interdire l'accès des germes extérieurs dans la bouche qui leur livre passage chaque fois qu'elle s'ouvre physiologiquement?

Les partisans de la réunion invoquent encore la rapidité de la guérison en cas de réussite, mais cet avantage ne profite qu'à une région du foyer traumatique, car je ne sache pas que la fermeture de la plaie cervicale hâte en quelque façon que ce soit la cicatrisation des pertes de substance staphyline et linguale.

Il est à craindre que toute mon argumentation reste inutile; tout ce que je puis dire, c'est que je la base sur la très longue pratique et la très attentive étude des opérations intra-buccales, auxquelles je suis parvenu à donner progressivement une bénignité relative, alors que jadis, et comme tout le monde, j'observais fréquemment des hémorragies secondaires sérieuses, des phlegmons cervicaux et la septicémie cavitaire, suivis de manifestations pulmonaires graves, qu'on prenait, à grand tort, pour des pneumonies d'un genre particulier.

Si le débat s'engageait sur ce point de pratique, j'invoquerais peut-être, et non sans profit, le témoignage de ceux de mes anciens élèves qui m'ont vu si souvent opérer sur le cou, la face et ses cavités.

Je passe au traitement post-opératoire, auquel, ce me semble, beaucoup d'excellents cliniciens et de très habiles opérateurs n'accordent pas toute l'importance qu'il mérite.

Il comprend au moins deux séries d'actes, qu'il convient de distinguer, mais dont une seule m'arrêtera. Ainsi, je laisserai de côté tous les soins, qu'aussitôt après avoir déposé les armes, le chirurgien donne à son opéré pour assurer le succès opératoire. Les pansements, le régime, quelques médicaments vulgaires, sont mis en usage jusqu'à achèvement plus ou moins tardif du travail réparateur local et de la restauration fonctionnelle.

C'est le *traitement post-opératoire primitif* qui, j'en conviens, est parfaitement suffisant en cas d'opérations pratiquées pour affection isolée ou accidentelle, portant sur des parties saines chez un sujet sain. Exemple : Un homme bien portant a la jambe écrasée, on l'ampute. La plaie guérit sans fièvre. L'état général n'est pas troublé; en quinze jours, tout est fini; le rôle du chirurgien et du thérapeute est terminé.

Mais il en est tout autrement quand la lésion ou l'affection localisée dérive d'un état constitutionnel qui lui est antérieur et qui

survit à sa suppression radicale. Je fais allusion aux opérations qu'on pratique chez les tuberculeux, les paludiques, les syphilitiques et surtout les néo-plastiques, en tête desquels il faut placer les cancéreux. Or, ici, le succès opératoire peut certainement rendre de grands services, procurer des trêves prolongées, remettre la maladie générale à l'état latent, pour des mois et des années, mais outre que l'opération peut parfois aggraver la propathie, elle n'en assure nullement la disparition définitive, c'est-à-dire la cure radicale.

Ce premier résultat n'a guère chance d'être obtenu que par le *traitement post-opératoire secondaire*, institué suivant la formule très simple que j'en ai donnée, c'est-à-dire « aussi précoce que possible, parfaitement toléré par l'organisme et quasi indéfiniment continué ».

Les médicaments, le régime, l'hygiène, le choix du milieu en constituent les bases. La persévérance du médecin et du patient aide puissamment au succès. J'ajoute qu'il peut être peu onéreux et compatible avec les occupations ordinaires de la vie.

C'est à son aide que pour la tuberculose, par exemple, on améliore, dans une proportion très considérable, les pronostics opératoires.

Et j'en puis dire autant des néoplasmes d'origine cellulaire : épithéliomes et carcinomes, pour lesquels j'ai obtenu, depuis quinze ans, des résultats qui contrastent singulièrement avec ceux des premières années de ma pratique et de celle de mes anciens maîtres.

En ce qui concerne les néoplasmes d'origine conjonctive : sarcomes et fibromes, je suis moins affirmatif sur la valeur réelle, curative ou palliative, du traitement que j'indiquais plus haut, parce qu'en cas de succès on peut toujours invoquer la bénignité évidemment plus grande du germe morbide, mais là encore j'ai vu une marche si lente, des trêves si longues, des récidives si éloignées et une conservation si remarquable de la santé générale entre ces récidives, que je ne puis m'empêcher d'en faire honneur à un traitement auquel on ne peut reprocher que de créer une servitude d'ailleurs facile à subir.

Sans doute, la récidive est très menaçante chez mon jeune opéré, mais si elle arrive, nous n'aurons rien négligé pour assurer le double succès opératoire et thérapeutique.

Un dernier mot sur l'anatomie pathologique de la tumeur faite par mon élève et ami, le Dr Clado, si compétent en la matière.

Des coupes multiples pratiquées en divers points et à différentes profondeurs ont montré qu'il s'agissait bien, comme nous l'avions

supposé, d'un sarcome à volumineuses cellules rondes, avec gros noyaux et nucléoles brillants englobés dans un très fin réseau de fibrilles pâles et de vaisseaux à contours indécis, sarcome développé primitivement dans l'amygdale, et ayant envahi secondairement, sans changer de structure, le voile du palais et la base de la langue.

On reconnaissait aisément à sa surface antérieure la muqueuse qui recouvre normalement la partie libre de l'amygdale avec son épithélium et son derme épaissi, muni de vaisseaux abondants et volumineux.

La face externe ou pharyngienne de la tumeur est recouverte par une couche fibreuse assez épaisse qui représente l'aponévrose de limitation de l'excavation amygdalienne. Point de fibres musculaires, ce qui indique que les constricteurs pharyngés ont été respectés.

La glande sous-maxillaire est normale, sauf en quelques points où les acini sont un peu déformés par l'épaississement des cloisons conjonctives intra-acineuses.

Les ganglions correspondants sont un peu augmentés de volume. ainsi que celui qui a été extrait de la gaine carotidienne. Toutefois, ils ne présentent pas d'altération bien manifeste.

Sept opérations pratiquées par la voie génale inférieure,
par M. le Dr Maunoury (de Chartres), membre correspondant.

A propos de la communication de M. Verneuil, M. le Dr Maunoury (de Chartres), membre correspondant, dépose sur le bureau de la Société un travail basé sur sept observations dans lesquelles il a opéré par la voie génale inférieure.

Depuis la communication que j'ai faite en 1879 à la Société de chirurgie à propos d'une malade que j'avais opérée d'une tumeur de l'arrière-bouche par l'incision angulaire labio-sous-maxillaire, déjà pratiquée par M. Verneuil, j'ai répété sept fois cette opération pour des cas assez différents. Quatre fois il s'agissait d'une tumeur du maxillaire inférieur; trois fois d'une tumeur de la langue et du plancher de la bouche.

Une seule fois l'os est resté intact, l'incision cutanée ayant donné une voie suffisante pour enlever la tumeur. Dans trois cas, il a fallu lui associer la section verticale de l'os; trois fois il a fallu procéder à une résection plus ou moins large du maxillaire qui était le siège du mal. Enfin, trois fois l'ablation de la tumeur a été précédée de la ligature de la carotide externe, ce qui donne à l'incision la forme d'un Z au lieu de la forme d'une équerre.

L'incision a pu être parfois complètement réunie. D'autres fois sa portion sous-maxillaire est restée béante pour assurer un écou-

lement aux liquides buccaux, soit parce qu'il a fallu rouvrir là un passage pour aller arrêter une hémorragie venant de la langue. Mais dans tous les cas les portions verticales de l'incision ont été suturées.

L'opération ne présente aucune difficulté sérieuse et elle peut être décomposée en plusieurs temps parfaitement distincts. Nous prendrons comme exemple un cas très complexe où tous les temps sont nécessaires; suivant les circonstances, l'un d'eux pourra manquer.

1er *Temps.* Incision verticale allant de la parotide au bord postérieur du cartilage thyroïde, permettant de faire la ligature de la carotide externe et d'enlever les ganglions qui entourent les gros vaisseaux du cou.

2e *Temps.* Incision horizontale sous le bord inférieur du maxillaire, partant en arrière de l'incision précédente et s'arrêtant en avant en un point situé au-dessous de la commissure de la bouche. Cette incision permettra d'enlever les ganglions envahis, et parfois la glande sous-maxillaire ; on peut aussi, à ce moment, s'il s'agit d'une tumeur du plancher de la bouche, décoller ce plancher de la face interne de l'os maxillaire sans pénétrer dans la bouche.

3e *Temps.* Incision verticale abaissée de la commissure buccale ou d'un point voisin sur l'extrémité antérieure de l'incision horizontale.

L'incision est faite jusqu'à l'os, et alors trois cas peuvent se présenter ; ou bien on disséquera le lambeau que l'on relèvera pour arriver sur la tumeur, ou, s'il s'agit d'une tumeur du maxillaire, on isolera cette tumeur de la joue et du plancher de la bouche et l'on fera sur l'os les sections nécessaires, ou enfin, si l'os est intact et si, pour enlever une tumeur intra-buccale, il faut créer une très large voie, on fera la section verticale de l'os maxillaire après avoir pratiqué préalablement les quatre trous destinés à recevoir tout à l'heure les fils d'argent de la suture osseuse.

4e *Temps.* Après avoir enlevé la tumeur, on suturera les deux incisions verticales, mais on pourra maintenir béante, avec de la gaze iodoformée, l'incision horizontale par où se fera l'écoulement des liquides et par où, à la rigueur, on pourrait aller faire de la compression ou une ligature en cas d'hémorragie. On pourra, dans certains cas, suturer la muqueuse du plancher de la bouche avec la muqueuse gingivale, ce qui a le grand avantage d'isoler complètement la bouche de la plaie; il y aurait dans ce cas moins d'inconvénient à suturer cette incision horizontale.

De toute manière, on aura soin d'alimenter l'opéré avec une sonde molle placée dans la narine.

Obs. I. — *Epithélioma du maxillaire inférieur. Incision en équerre labio-sous-maxillaire, résection de la partie malade de l'os. Mort subite, seize jours après.*

M. Lev..., 66 ans, vient me consulter en juin 1882. Depuis trois mois, douleurs vives dans le côté droit de la face. Actuellement, vaste épithélioma envahissant le côté droit du maxillaire inférieur depuis la canine jusqu'à la dernière molaire ; dans la région sous-maxillaire, on sent une masse du volume d'une mandarine, probablement un ganglion malade, qui englobe le maxillaire. État cachectique assez marqué.

Opération pratiquée le 30 juin 1882. — Incision verticale comprenant toute la hauteur de la lèvre inférieure, de la canine au bord inférieur de l'os. A ce moment, je laisse le bistouri et je fais avec le thermo-cautère l'incision horizontale qui part de l'incision verticale et aboutit sous la branche droite du maxillaire. Dissection du lambeau cutané et de la face inférieure de la tumeur, section du maxillaire avec la scie à chaîne en avant et en arrière de la tumeur, puis, toujours avec le thermo-cautère, isolement de la face interne de la tumeur qui s'enfonce dans le plancher de la bouche, section et ligature de la linguale. Suture des incisions en ne laissant béante que la partie moyenne de l'incision horizontale.

16 *juillet.* La plaie est presque complètement cicatrisée, le malade se lève et mange bien sans sonde. Toutefois persistance de l'état cachectique. Aujourd'hui, mort subite, probablement par embolie.

Obs. II. — *Epithélioma du bord alvéolaire du maxillaire inférieur. Opération : incision cutanée en équerre et résection limitée au bord alvéolaire de l'os. Hémorragie nécessitant la réouverture de l'incision sous-maxillaire. Récidive rapide.*

Mlle Lam..., 69 ans, me consulte, en avril 1886, pour un épithélioma du bord alvéolaire de la mâchoire inférieure, allant de la première à la dernière molaire du côté droit, ou du moins dans la région où elles devraient être, car ces dents ont disparu. Début apparent un mois auparavant. La tumeur augmentant rapidement et devenant très douloureuse, je procède, le 30 juillet 1886, à son ablation, assisté du docteur Amiot. On pourrait peut-être enlever la tumeur à la pince coupante, mais on atteindrait mal son extrémité postérieure ; je préfère créer une voie artificielle.

Incision en équerre, descendant de la commissure et devenant horizontale sous le bord du maxillaire ; la tumeur mise à nu est circonscrite par le thermo-cautère, puis est enlevée à la pince coupante, qui laisse intact un pont osseux étroit au niveau du bord inférieur de l'os. Suture de la plaie.

6 *août.* Hémorragie qui se reproduit plusieurs fois d'une manière inquiétante, résiste à la compression et m'oblige à rouvrir l'incision sous-maxillaire pour voir d'où vient le sang. Pas de jet artériel.

Tamponnement par la plaie. Les jours suivants, le sang ne reparaît plus et la plaie se ferme rapidement.

30 *août*. La cicatrisation est complète.

En *septembre*, apparition d'un point de récidive sur l'os que j'aurais mieux fait de réséquer dans toute sa hauteur. Une nouvelle opération est refusée ; la tumeur récidivée se développe et la malade succombe en décembre.

Obs. III. — *Epithélioma de la langue et du plancher de la bouche avec chaîne ganglionnaire sous-maxillaire et sterno-mastoïdienne. Ligature de la carotide externe, résection de la jugulaire interne. Incision angulaire labio-sous-maxillaire, section du maxillaire et ablation de la tumeur. Récidive et mort quatre mois après.*

M. Dut..., 47 ans, vient me voir en juin 1888. Grand fumeur. Début apparent de l'affection, il y a trois mois. Actuellement épithélioma envahissant la moitié droite de la portion horizontale de la langue et du plancher de la bouche, avec chaîne de ganglions sous-maxillaires et sterno-mastoïdiens allant jusqu'à la base du cou ; la plupart de ces ganglions sont mobiles, mais l'un d'eux, situé devant la carotide, est adhérent profondément.

Opération le 3 juillet 1888. — 1° Incision allant de la parotide au bord postérieur du cartilage thyroïde et prolongée plus bas ensuite, ce qui permet de faire la ligature de la carotide externe et d'enlever une énorme masse ganglionnaire qui suit les gros vaisseaux du cou jusqu'à l'entrée du thorax ; cette masse peut être isolée de la carotide primitive et du nerf pneumogastrique, mais elle entoure complètement la veine jugulaire interne qui doit être réséquée sur une longueur de 5 centimètres ; 2° Incision antéro-postérieure suivant le bord inférieur de l'os maxillaire, partant en arrière de l'incision précédente et arrivant en avant jusque sur la ligne médiane ; elle permet d'enlever la masse ganglionnaire, ainsi que la glande sous-maxillaire, également envahie, et de dénuder la face interne de l'os ; 3° Incision verticale partant de la commissure droite de la bouche et tombant sur l'incision horizontale ; l'os est ainsi mis à nu, quatre trous y sont pratiqués avec le perforateur et l'os est scié entre les deux trous antérieurs et les deux trous postérieurs ; les fragments sont écartés et la tumeur de la langue et du plancher de la bouche est enlevée au thermo-cautère. Suture du maxillaire avec deux gros fils d'argent, suture de toute l'incision cutanée en ménageant le passage de deux drains et de deux mèches de gaze iodoformée. Sonde rouge mise à demeure dans la narine pour l'alimentation.

Les jours suivants, pas de fièvre. Le 7 et le 8 juillet, hémorragie notable qui m'oblige à désunir les lèvres de l'incision sous-maxillaire déjà réunies, pour voir d'où vient le sang. C'est une artère de la langue qui donne, je la lie aisément. Ce fut là le seul incident. Le 28 juillet, la cicatrisation est presque complète, il n'y a plus qu'une petite plaie dans la région sous-maxillaire.

En octobre, il se fait une récidive du côté du plancher de la bouche, et, le 7 novembre, le malade meurt d'une hémorragie foudroyante.

OBS. IV. — *Epithéliomia de la langue. Ligature de la carotide externe. Incision angulaire labio-sous-maxillaire; section de l'os maxillaire et ablation de la tumeur. Récidive et mort huit mois après.*

M. Rab..., 50 ans, me consulte en février 1889. C'est un grand fumeur. En mai 1888, apparition d'une ulcération sur le bord droit de la langue. Actuellement, épithélioma occupant le bord droit de la langue sur la partie la plus reculée de sa portion horizontale et sur sa partie verticale, et s'étendant sur le plancher de la bouche du même côté; en somme, tumeur ne pouvant être enlevée par l'ouverture buccale. Pas d'engorgement ganglionnaire. Vives douleurs d'oreille et gêne de la déglutition.

Opération le 25 février 1889, avec l'assistance des docteurs Colas et Lelong. — 1° Incision pour la ligature de la carotide externe; 2° Incision horizontale sous-maxillaire; 3° Incision verticale allant de la commissure de la bouche à l'incision sous-maxillaire. L'os est perforé de quatre trous, puis scié; en écartant les deux fragments, on a une voie énorme. Je puis alors facilement circonscrire avec le thermo-cautère la tumeur qui, en arrière, s'étend bien au delà du pilier antérieur, en dedans, atteint la ligne médiane, et, en dehors, a envahi le cul de sac gingivo-buccal; le morceau de langue enlevé est gros comme une mandarine. Suture du maxillaire avec deux fils d'argent. Suture de l'incision verticale antérieure et de l'incision de la ligature de la carotide; quant à l'incision horizontale, elle est bourrée de gaze iodoformée.

Les premiers jours, le malade va bien. Le 1er mars, violente hémorragie par la bouche, elle est arrêtée d'abord par la garde qui tient le doigt appliqué sur l'artère qui donne, puis par les docteurs Amiot et Lelong qui lient une artère de la langue.

3 *mars*. Tous les points de suture sont enlevés; réunion immédiate des deux incisions verticales. La plaie sous-maxillaire, qui laisse d'abord passer les aliments, se ferme rapidement, et, le 25 avril, ne forme plus qu'une petite fistulette.

25 *mai*. La cicatrisation paraît complète.

1er *juin*. Début d'une récidive locale qui fait des progrès rapides. Mort à la fin d'octobre.

OBS. V. — *Fibrome du maxillaire inférieur. Incision angulaire labio-sous-maxillaire; résection d'un segment du maxillaire.*

Mme Dr..., 54 ans, vient me consulter en mai 1889. Depuis cinq ou six ans, développement d'une tumeur dans l'os maxillaire inférieur du côté droit. Cette tumeur, ayant le volume d'une petite orange, remplit la moitié de la bouche et déforme notablement la joue. Elle est développée dans l'os même, depuis la première molaire jusqu'à la dent de sagesse et forme deux masses bien distinctes, l'une du volume d'un

marron sur le bord alvéolaire, une autre saillante sur la face externe ; la face interne de l'os maxillaire est intacte. La tumeur est recouverte d'une muqueuse saine saignant parfois. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Opération pratiquée le 3 juin 1889 avec l'assistance du docteur Rabourdin. — Incision cutanée en équerre à branche verticale partant de la commissure, à branche horizontale, longue de 3 ou 4 centimètres, n'arrivant pas jusqu'à l'artère faciale. En relevant le lambeau, j'ai sous les yeux la tumeur, que j'enlève d'abord avec la gouge et le maillet ; le tissu élastique qui la constitue, en se développant, a écarté les lames de l'os en créant une grande cavité à parois lisses au milieu du tissu osseux. Pendant cette manœuvre, l'os se brise complètement, ce qui m'engage à faire une section nette de cet os, en arrière et en avant de la cavité. La portion verticale de l'incision est seule suturée ; sa portion horizontale est drainée avec une mèche de gaze iodoformée. La pièce examinée par le docteur Latteux est un fibrome calcifié.

Suites des plus simples.

Le 7 septembre, je revois la malade dont la cicatrisation est complète. La branche horizontale de l'équerre est très courte, à peine de 1 centimètre, ce qui tient évidemment à la résection du maxillaire qui a permis à cette cicatrice de se rétracter. Les deux fragments de l'os sont très solidement unis par un tissu fibreux solide qui simule presque une réunion osseuse ; le menton est porté notablement à droite, la malade mâche bien du côté gauche. Pas trace de récidive.

Mai 1892. La malade continue à se porter très bien.

Obs. VI. — *Sarcome de la mâchoire inférieure. Ablation par l'incision angulaire labio-sous-maxillaire.*

M[me] Ser..., âgée de 24 ans, vient me consulter en novembre 1890 pour une tumeur dure, de consistance cartilagineuse, grosse comme un marron, à surface mamelonnée, développée sur le bord alvéolaire de l'os maxillaire inférieur au niveau des dernières molaires et paraissant faire partie intime de l'os plus volumineux à ce niveau.

Opération le 8 décembre 1890, avec le docteur Amiot. — Comptant réséquer un segment de l'os, je fais l'incision en équerre à branche verticale, allant de la commissure gauche de la bouche au bord inférieur de l'os, à branche horizontale, suivant ce bord inférieur sur une longueur de 4 à 5 centimètres, jusqu'à l'artère faciale qui est respectée. Le lambeau est relevé et on a sous les yeux l'os et sa tumeur. Je puis très aisément enlever à la gouge cette tumeur, qui est simplement accolée au bord alvéolaire qui est comme écrasé et qui présente une véritable éburnation. Suture de toute l'incision cutanée par douze points de crin de Florence. La tumeur, examinée par le docteur Latteux, est un sarcome à myéloplaxes de la gencive.

Les suites furent des plus simples ; réunion immédiate partout. Jusqu'à présent (novembre 1893), il n'y a pas trace de récidive. La difformité due à la ligne cicatricielle est insignifiante.

Obs. VII. — *Epithéliomia de la langue et du plancher de la bouche. Ligature de la carotide externe, incision labio-sous-maxillaire, section de l'os et ablation de la tumeur. Mort six jours après d'épuisement.*

M. Bocc..., 72 ans, vient me consulter en juin 1892 pour un épithélioma envahissant toute la moitié droite de la portion horizontale de la langue et du plancher de la bouche. Il existe un ganglion du volume d'une noisette au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. Malade très amaigri.

Opération le 15 juillet 1892 avec l'assistance de M. Valen : 1° Incision me permettant de lier la carotide externe et d'enlever le ganglion qui adhère assez intimement à la veine jugulaire interne ; 2° Incision horizontale sous-maxillaire ; 3° Incision verticale descendant de la commissure buccale ; section de l'os entre les trous pratiqués au perforateur, puis isolement et ablation de la tumeur. Enfin, je fais la suture de la muqueuse de la face dorsale de la langue avec la gencive du fragment postérieur de l'os ; cette suture me paraît avoir l'avantage de mieux fermer la bouche et de l'isoler de la plaie. Suture de l'os. Suture des deux plaies verticales au crin de Florence ; la plaie horizontale est bourrée de gaze iodoformée.

Je ne revois plus le malade. On m'annonce qu'il est mort six jours après l'opération, sans hémorragie, mais épuisé ; on n'a pu l'alimenter. La sonde rouge n'a pas été supportée. L'âge et l'état général du malade auraient dû me faire rejeter l'opération.

Présentations de malades.

M. Dieu, membre correspondant, montre à la Société de chirurgie un malade qu'il a déjà présenté antérieurement pour une tumeur pulsatile de l'orbite. Aujourd'hui la guérison de cette tumeur s'est faite spontanément.

M. Dieu s'exprime ainsi :

« Dans la séance du 15 juillet 1891, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un militaire atteint d'anévrisme artérioso-veineux, dans le sinus caverneux droit, à la suite d'un coup de fleuret. Les *Bulletins* de la Société contiennent l'observation, ainsi que la discussion qui s'en est suivie.

« M. Delens, qui est celui d'entre les membres de la Société qui a vu le plus de ces cas, s'exprimait ainsi : « Ce qui me frappe dans « cette affection, c'est que, si nous en connaissons bien l'étiologie « et à peu près l'anatomie pathologique, nous sommes loin d'être « édifiés sur son évolution spontanée. Peut-elle amener la mort

« quand elle est abandonnée à elle-même ? De cette incertitude, il « résulte que nous devons être fort réservés en ce qui concerne le « traitement. »

« Les orateurs qui prirent la parole, MM. Périer, Tillaux et Delens, repoussèrent au cas particulier la ligature de la carotide primitive et conseillèrent l'abstention, quitte à recourir à la ligature si des accidents graves se produisaient.

« J'ai pu suivre ce malade depuis trois ans (l'accident avait eu lieu le 2 décembre 1890), et les phénomènes primitifs ont été en s'atténuant chaque année. Aujourd'hui, j'ai l'honneur de vous présenter ce blessé que l'on peut considérer comme guéri, car, à part une légère exophtalmie, tous les signes indiquant la persistance de la communication entre l'artère et le sinus ont disparu ; il n'y a plus ni souffle, ni thrill, ni bruits musicaux, et le blessé n'est plus incommodé par le bruit qui parfois l'empêchait de dormir.

« L'examen ophtalmoscopique, pratiqué le 1er septembre de cette année à la clinique du Val-de-Grâce, a donné le résultat suivant : Acuité visuelle, OD = 1/4, OG = 1. Exorbitisme léger. Dilatation de quelques vaisseaux conjonctivaux-bulbaires, surtout marquée en dehors. Réaction pupillaire normale.

« Corps flottants du corps vitré masquant un peu la papille dont les veines sont dilatées. A la partie externe du globe oculaire et près de l'équateur, cicatrice choroïdienne au niveau de laquelle la rétine est légèrement soulevée.

« Les lésions observées à l'ophtalmoscope montrent que la diminution de l'acuité visuelle de cet œil tient principalement à la blessure ancienne de la choroïde et non à l'anévrisme entièrement guéri.

« Une particularité que je dois vous signaler, c'est le mode de guérison de cette affection, qui s'est effectuée brusquement le 22 mars 1893, à la suite d'éternuements violents qui se produisirent dans le cours d'un coryza. Il est probable que, sous l'influence des efforts, un caillot s'est détaché et est venu interrompre la communication entre l'artère et le sinus, amenant ainsi la guérison spontanée de la tumeur. »

M. Quénu présente à la Société un malade à la fois alcoolique et syphilitique, porteur de deux anévrismes volumineux, siégeant, l'un sur l'artère iliaque externe du côté droit, l'autre à la naissance de la fémorale gauche. La tumeur de la fosse iliaque droite est recouverte d'une peau rouge et menace de se rompre. M. Quénu demande l'avis de ses collègues au sujet de l'intervention chirurgicale.

Discussion.

M. Kirmisson. L'état de l'anévrisme iliaque droit me paraît nécessiter une intervention immédiate. Vu le siège et le volume de la tumeur, le mieux serait, selon moi, de pratiquer d'emblée la laparotomie, afin de pouvoir aisément jeter un fil, soit sur l'iliaque externe, soit sur l'iliaque primitive. La tumeur paraît siéger assez bas sur le tronc de l'iliaque externe, et je ne serais pas étonné que M. Quénu pût joter le fil sur cette dernière artère.

M. Peyrot. Je suis frappé de la pâleur et du mauvais état général de ce malade, et je me demande s'il est bien en état de supporter une intervention quelconque.

M. Périer. J'engage M. Quénu à se défier de l'altération possible des parois de l'artère dans un cas d'anévrisme spontané. Dans un cas de cette nature, que j'ai eu l'occasion d'observer autrefois à l'hôpital Saint-Antoine, l'artère s'est coupée nettement trois fois de suite au moment de la constriction du fil. C'est une raison pour ne pas pousser trop loin la dénudation et comprendre dans l'anse du fil une certaine épaisseur de tissus.

M. Lucas-Championnière. La tumeur du côté droit est sur le point de se rompre; l'intervention s'impose. Peut-être la laparotomie d'emblée est-elle la voie la meilleure. Toutefois, l'extirpation par la voie extra-péritonéale serait peut-être possible. Quant au choix des fils, je donne toujours la préférence au catgut; un malade auquel j'ai pratiqué la ligature au catgut, de l'iliaque externe, pour un anévrisme inguinal, reste guéri depuis cinq ans.

M. Bazy. J'ai eu l'occasion de communiquer à la Société de chirurgie une observation dans laquelle j'ai pratiqué l'extirpation d'un anévrisme inguinal beaucoup plus volumineux que celui que nous avons sous les yeux en ce moment. Je dus pratiquer la résection du vaisseau sur une longueur de 25 centimètres ; le malade est resté guéri. M'autorisant de ce cas, je conseille ici l'extirpation, d'autant plus que l'anévrisme date de deux années, et que la circulation collatérale est, je pense, suffisamment développée. Quant à l'anévrisme fémoral du côté opposé, moins volumineux, je pense qu'il convient de le respecter. J'avais émis un avis semblable à propos d'un malade chez lequel M. Trélat avait pratiqué avec succès l'extirpation d'un anévrisme poplité. Il existait une seconde tumeur anévrismale, beaucoup plus petite, dans le creux poplité du côté opposé; M. Trélat fit, de ce côté, la ligature, et le malade succomba.

M. Félizet. Peut-être pourrait-on employer ici un procédé que j'ai vu mettre en pratique avec succès pour un volumineux anévrisme axillaire, et, sans ouvrir la cavité abdominale, placer une pince au-dessus et au-dessous de la tumeur.

M. Kirmisson. Il ne faudrait point arguer de l'existence de l'alcoolisme et de la syphilis chez ce malade pour rejeter une intervention chirurgicale. En effet, les notions de pathologie chirurgicale relatives aux anévrismes spontanés doivent être complètement modifiées. Nous ne devons plus regarder les anévrismes spontanés comme des dilatations accidentelles des gros vaisseaux, mais bien comme l'expression symptomatique d'altérations constantes du système artériel dont l'alcoolisme et la syphilis sont les facteurs principaux.

M. Le Dentu. Je pense également qu'on ne doit pas s'effrayer de l'existence des diathèses alcoolique et syphilitique, quand on a à pratiquer la ligature aseptique des artères. Pour ma part, j'ai lié dans des circonstances semblables les grosses artères de la base du cou pour un anévrisme du tronc brachio-céphalique et j'ai vu la guérison survenir très simplement.

M. Peyrot. Ce n'est ni la syphilis, ni l'alcoolisme qui m'effraient chez ce malade, mais, je le répète, il est pâle, il présente de la bouffissure de la face ; il porte deux anévrismes volumineux ; ce sont là les circonstances qui me rendent très défiant à l'égard de toute tentative chirurgicale pratiquée sur lui.

Présentation d'instrument.

M. Félizet, en présentant un nouveau modèle de seringue pour injection hypodermique d'une contenance de 5 grammes, prononce les paroles suivantes :

« L'accueil favorable qui a été fait à l'appareil à vide absolu et à asepsie parfaite que nous avons présenté à la Société de chirurgie, il y a deux ans bientôt, nous a encouragé à perfectionner, dans ses détails, la construction de ces petites seringues hypodermiques, de façon à en rendre la stérilisation plus facile, même entre des mains inexpérimentées.

« La seringue de 5 grammes que nous vous présentons, M. Gudendag et moi, vous paraîtra, je l'espère, répondre à toutes les exigences de la pratique. L'accolement hermétique du cylindre de

cristal à la monture métallique nécessitait soit l'application d'un ciment infidèle, soit l'emploi d'un diaphragme de cuir que la chaleur et les caustiques pouvaient désorganiser à la longue.

« Nous avons tourné la difficulté en ajustant directement le cylindre de cristal, mathématiquement rodé à l'émeri, sur un embout métallique qui le coiffe exactement, le tout fixé dans une armature et maintenu en pression franche par un chapiteau qu'un mouvement de baïonnette assujettit.

« Malgré la prédilection que nous avions pour le pas de vis à coupe longue, nous avons reconnu la nécessité de revenir au frottement dur, qui nous dispense de faire usage d'une rondelle de cuir dont la pureté pouvait être douteuse et le renouvellement en campagne difficile. Ce changement nous permet d'ailleurs d'adapter à la seringue n'importe quelle aiguille.

« Ces modifications, qui ont pour objet de simplifier la stérilisation et le fonctionnement de la seringue hypodermique, ne portent, comme vous le voyez, que sur les détails de la fabrication. Quant au principe même de l'appareil, il n'a pas changé : c'est toujours l'expansion excentrique régulière d'un disque de caoutchouc comprimé par le rapprochement de deux disques métalliques obéissant à la rotation de l'anneau qui termine la tige.

« La seringue que nous vous présentons se compose de six pièces qui sont susceptibles de supporter les températures de l'étuve et de l'autoclave. Ce sont : 1° le piston à tige composée ; 2° le cylindre de cristal ; 3° l'embout ; 4° l'aiguille ; 5° l'armature extérieure ; 6° le chapiteau à baïonnette.

« Le démontage et le remontage de la seringue ne demandent pas plus d'une minute ; chacune des pièces constituantes peut être remplacée ou changée sur place, et cette facilité était d'autant plus nécessaire que, le département de la guerre ayant adopté notre système, il était bon de pouvoir, en campagne, remédier aux avaries, sans avoir à recourir au renvoi en réparation. »

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

La Société se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

Le Secrétaire annuel,

E. Kirmisson.

Séance du 6 décembre 1893.

Présidence de M. PÉRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de MM. FELIZET et GÉRARD-MARCHANT s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Lettre de M. le Dr ROLLAND remerciant la Société de la part qu'elle a bien voulu prendre à la souscription Voycikowski ;

4° Une série de brochures adressées par M. J.-L. REVERDIN (de Genève), membre associé étranger, intitulées : *Tarsectomies postérieures* ; — deux communications faites en 1892 et 1893, au Congrès de chirurgie : *Note sur un cas de tuberculose musculaire primitive; Recueil de faits*, 6e et 7e années ;

5° *La laparotomie hâtive dans les plaies par armes à feu*, par M. DUROSELLE, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. Lyon, 1893 ;

6° *Daviel en Provence*, par M. CHAVERNAC (d'Aix). Aix, 1893 ;

7° *Nouvelle méthode de fixation directe des fragments dans les fractures compliquées*, par M. Nicholas SENN (de Chicago), brochure en anglais, communication à l'Association chirurgicale américaine, le 30 mai 1893.

Communications.

M. le secrétaire général donne lecture des deux observations suivantes :

1° *Plaie de l'artère fémorale. Ligature du vaisseau au-dessus et au-dessous. Guérison*, par le Dr GELLÉ (de Provins), membre correspondant.

Le 1er juillet 1892, vers 10 heures du matin, le nommé Auf..., âgé de 18 ans, garçon boucher, était occupé à dépecer un bœuf à l'abattoir,

lorsqu'en soulevant un quartier de l'animal, il fit un faux mouvement et la lourde pièce de viande glissa et vint peser sur la garniture de couteaux que les bouchers portent à la ceinture et qu'ils appellent *boutique*. Le plus long de ces couteaux vint s'appuyer sur la partie moyenne de la cuisse et y fit une plaie qui détermina de suite une violente hémorragie.

Heureusement les camarades du blessé eurent la présence d'esprit de comprimer énergiquement le membre en attendant les premiers secours qu'il fut assez difficile de se procurer.

Enfin, le Dr Mongourt, médecin aide-major au 7e dragons, put se rendre auprès du blessé qui avait déjà perdu environ un litre de sang et, faute de mieux, fit une énergique compression au-dessus et au-dessous de la plaie au moyen de bandes de caoutchouc qu'il put se procurer. L'hémorragie s'arrêta et le malade put être transporté à l'hôpital.

Je l'y vis vers 1 heure de l'après-midi, c'est-à-dire trois heures environ après l'accident.

Assisté des Drs Morlat et Mongourt, je procède à l'enlèvement du pansement qui a, du reste, parfaitement arrêté l'écoulement du sang. Tant que la compression au pli de l'aine est faite, le suintement n'est pas très abondant, mais, dès qu'on la suspend, une grande quantité de sang fait irruption par la plaie. Celle-ci est située à 15 centimètres du pli de l'aine, à l'union des faces antérieure et interne de la cuisse, au niveau de la pointe du triangle de Scarpa. Elle est petite, 2 centimètres environ, et dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

L'existence d'une plaie artérielle importante n'étant pas douteuse, sur le trajet de l'artère et avec la plaie comme milieu, je pratique une incision de 10 centimètres qui, très rapidement, le couturier récliné en haut et en dehors, me conduit sur l'artère.

Faisant interrompre la compression, je vois jaillir un jet de sang qui vient d'une petite plaie n'intéressant que la face externe du vaisseau. L'artère est dénudée à 2 centimètres au-dessus et à 2 centimètres au-dessous de la plaie sans apercevoir de collatérale et liée en ces deux points avec un fort catgut.

Tout écoulement sanguin s'arrête. Sutures de la peau au crin de Florence; drainage de la plaie accidentelle et de la plaie opératoire par une petite mèche de gaze iodoformée. Pansement ordinaire ; tout le membre est enveloppé d'ouate et entouré de bouteilles d'eau chaude.

Les suites opératoires sont très simples; la température oscille entre 37 et 37°,8. Au sixième jour, enlèvement de la gaze iodoformée. Au neuvième jour, suppression des fils. La réunion est complète. Le blessé ne s'est plaint que de fourmillements au niveau du cou-de-pied. Au quinzième jour, il se lève et marche avec des béquilles; à la fin du mois, il quitte l'hôpital pour rentrer chez ses parents à la campagne. Il y séjourne trois mois sans incidents notables et reprend, le 1er novembre, c'est-à-dire quatre mois après son accident, sa profession de garçon boucher.

Depuis ce moment, j'ai eu à deux reprises l'occasion de le voir; il ne souffre pas de sa jambe et la trouve seulement un peu lourde. De

fait, il n'existe ni atrophie, ni œdème, seule l'articulation du genou paraît contenir une minime quantité de liquide.

A mon dernier examen, ces quelques malaises avaient disparu ; le membre avait repris toute sa force et sa souplesse, les pulsations de la poplitée et de la pédieuse étaient très aisément perçues.

2° *Plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de l'épiploon. Résection de la portion herniée. Suture de la plaie. Guérison*, par le Dr Gellé (de Provins), membre correspondant.

Le nommé François Des..., journalier, âgé de 30 ans, est amené, le 26 septembre, au matin, à l'Hôtel-Dieu.

La veille au soir, vers 6 heures, dans une rixe, il a reçu dans le ventre un coup de couteau de poche (forme poignard).

A la visite, cet homme, dont l'état général semble excellent, raconte lui-même les péripéties de la nuit; il ne souffre presque pas, n'a aucune envie de vomir et ne semble en somme atteint d'aucun traumatisme sérieux. Cependant, une fois le pansement enlevé, on trouve étalée à la surface du ventre une masse épiploïque du volume des deux poings. La plaie qui lui donne issue est située dans la région de l'hypochondre gauche, à 6 centimètres environ du rebord costal ; obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, elle mesure 3 centimètres et répond comme situation topographique à l'angle que fait le colon transverse avec le colon descendant.

L'épiploon hernié présente quelques petits points ecchymotiques; de plus, comme il n'a pu être recouvert que d'un pansement très approximativement aseptique, comme, enfin, il offre un volume considérable par rapport à l'ouverture qu'il faudrait lui faire franchir pour le réintégrer, ce qui ne pourrait se faire qu'au moyen de manœuvres d'une certaine violence, je me décide à le réséquer, après avoir passé au niveau de son pédicule un catgut en chaîne à trois anses. Certain que ce pédicule, sectionné au ciseau, ne donne pas de sang, je le lave à la solution phéniquée forte et l'abandonne dans l'abdomen. La plaie est ensuite suturée par quatre crins de Florence qui prennent toute la paroi, péritoine compris; dans leur intervalle, je place trois points de suture superficielle. Pansement à la gaze iodoformée. Tout le ventre est recouvert d'ouate et le malade maintenu dans l'immobilité.

Une injection de 1 centigramme de morphine, matin et soir, assure l'immobilité de l'intestin, l'administration du naphtol, à la dose de 4 grammes, et le régime lacté absolu doivent réduire au minimum les résorptions consécutives à la constipation cherchée.

Enfin, nous nous tenons prêt à pratiquer une laparotomie au cas où une péritonite se manifesterait.

Il n'en a rien été, le blessé maintenu dans cet état pendant six jours, a eu une seule fois 38°. Au huitième jour, les sutures étaient enlevées et l'intestin débarrassé par une dose d'huile de ricin.

Le douzième jour, le malade se levait et était mis au régime ordi-

naire. Depuis, il n'a présenté aucun phénomène particulier, si ce n'est une certaine difficulté à se baisser. Ce mouvement provoque des tiraillements dont il se rend très bien compte, et ceux-ci sont dus, sans nul doute, aux adhérences que l'épiploon aura contractées avec le péritoine au niveau de la plaie.

Cette observation nous a paru mériter d'être présentée à la Société de chirurgie en raison de la difficulté d'établir des règles fixes pour le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Dans le cas particulier c'est l'excellence de l'état général, l'absence de toute réaction qui nous a fait penser que, malgré la profondeur de la plaie les viscères ne devaient pas être atteints; d'autant plus que l'épiploon très épais (il s'agissait d'un individu gros et bien musclé) avait dû faire tampon et protéger l'intestin.

Quoi qu'il en soit et, en se tenant prêt à pratiquer une laparatomie réfléchie il nous a paru utile de différer une intervention que les mauvais milieux hospitaliers de la province rendront longtemps encore des plus graves.

A propos du procès-verbal.

Appendicite à répétition. Intervention dans l'intervalle des crises. Libération du cæcum sans résection de l'appendice. Guérison.

Par M. Quénu.

Il n'est pas toujours possible quand on opère dans l'intervalle des crises un malade atteint d'appendicite chronique, d'enlever ou même de découvrir l'appendice. En pareille circonstance, on ne doit pas s'acharner à sa recherche, il faut se contenter de libérer le plus possible le cæcum, d'en détacher les adhérences et de réséquer l'épiploon qui le recouvre : c'est la conduite que nous avons suivie au mois d'avril dernier chez un enfant âgé de 15 ans et nous n'avons eu qu'à nous louer de notre prudence. Cet enfant, malgré que nous nous soyons borné à détacher et à réséquer le grand épiploon qui adhérait au cæcum, n'a plus souffert du ventre, il n'a présenté aucune crise ; nous l'avons revu il y a peu de jours, il est transformé, s'est fortifié et ne prend plus aucune précaution au sujet du choix des aliments.

Voici le résumé de cette observation que nous devons à notre confrère, M. Le Clerc (de Levallois-Perret).

Garçon de 15 ans, né chétif, éprouvé successivement pendant ses premières années par une rougeole, une pneumonie, une angine diph-

téritique. Grand-père maternel diabétique, père glycosurique pendant trois mois ; pas de tuberculose dans les antécédents personnels ou héréditaires.

Cet enfant a, depuis l'âge de 10 ans, des digestions difficiles, des douleurs de ventre, de véritables indigestions nocturnes ; l'appétit est plutôt augmenté, tendance à la constipation.

En octobre 1891, le jeune F... fut pris subitement la nuit de vives douleurs abdominales ayant leur maximum dans la fosse iliaque droite, avec vomissements et diarrhée ; fièvre modérée, 38°,3.

La sensibilité de la fosse iliaque droite rendait toute exploration impossible.

Au bout de quelques jours de lit, les souffrances s'amendèrent et le calme revint.

Des crises semblables, mais moins violentes, se répétèrent ensuite tous les quinze jours, puis tous les mois, et enfin, s'espaçant davantage, tous les deux mois.

On le traita par l'opium et les vésicatoires.

Dans l'intervalle des accès, la région gardait une certaine sensibilité, sans offrir d'empâtement manifeste.

Un an après seulement, en octobre 1892, le médecin put sentir nettement, au niveau du bord externe du muscle droit, une petite tumeur indurée. Un autre médecin avait même pris cette induration pour un ganglion et avait ordonné l'huile de foie de morue.

Dès octobre 1892, les crises se rapprochèrent de plus en plus, mais perdant en durée ; ces crises s'accompagnent de plus en plus de phénomènes nerveux divers.

En novembre 1892, M. Cadet de Gassicourt, consulté, porta le diagnostic d'appendicite et conseilla avec la temporisation l'usage des révulsifs et un régime alimentaire approprié.

Nous fûmes consulté en 1893 et fûmes d'avis d'intervenir immédiatement. Les parents attendirent encore, espérant toujours dans le traitement médical, et notre opération fut reculée jusqu'au 26 avril 1893.

La chloroformisation fut difficile, l'enfant étant extraordinairement nerveux et agité. Une incision sur le bord externe du muscle droit nous permit d'arriver sur une masse dure, mal limitée, recouverte par le grand épiploon qui bridait le cæcum et adhérait à la paroi abdominale : nous fîmes la résection de toute la masse épiploïque adhérente. Après ligature en chaînes, les trois quarts de la surface cæcale furent libérés d'adhérences ; mais, au niveau du cul-de-sac, c'est-à-dire à l'insertion présumée de l'appendice iléo-cæcal, il nous fut impossible de contourner l'intestin qui restait rattaché à la fosse iliaque par une sorte de gangue indurée, gangue où vraisemblablement se trouvait noyé l'appendice vermiforme. Après quelques tentatives modérées de détachement des adhérences, nous crûmes prudent de laisser les choses en l'état, et le ventre fut refermé avec une mèche de gaze iodoformée passant par l'extrémité inférieure de la plaie. Les suites furent complètement apyrétiques.

Un mois après l'opération, l'enfant ressentit une seule fois pendant

quelques heures un peu de douleur de ventre ; mais, fait intéressant, ces douleurs siégeaient exclusivement à l'épigastre, et la région de la fosse iliaque demeura absolument insensible, soit spontanément, soit à la pression.

Dès le mois de juillet, la santé générale s'était grandement améliorée, l'appétit et les digestions ne laissaient rien à désirer, et l'enfant put se livrer à toutes sortes d'occupations et de jeux auxquels il avait dû renoncer pendant les derniers mois de sa maladie. Depuis, les bons résultats de l'opération ne se sont pas démentis : nous avons revu l'opéré jeudi dernier, soit sept mois après l'opération. Cet enfant s'est extraordinairement développé; il travaille dans la maison de son père, qui est commerçant, il mange comme tout le monde, ayant abandonné le régime alimentairo que, par prudence, nous lui avions conseillé : aucune crise douloureuse n'est survenue depuis le commencement de mai ; la fosse iliaque est souple, non douloureuse ; on perçoit encore à la palpation une induration correspondant au siège de l'appendice. Le nervosisme s'est considérablement amendé.

Ces résultats nous ont paru d'autant plus dignes d'être rapportés que l'opération avait été incomplète, ils sont encourageants pour ceux qui, comme nous, conseillent l'intervention dans l'intervalle des crises en cas d'appendicite à rechutes, car la principale objection des abstentionistes est l'impossibilité où l'on se trouve parfois de découvrir l'appendice ; ils prouvent que, même en pareille circonstance, le chirurgien peut rendre au malade plus de services que n'auraient fait toutes les médications et tous les révulsifs du monde. D'autre part notre observation démontre que la guérison n'est pas étroitement subordonnée à la résection de l'appendice ; il semble qu'en certains cas ce qu'il importe surtout d'obtenir, c'est moins la disparition d'une lésion d'ailleurs enkystée par la végétation fibreuse, que le libre jeu de la première portion du colon.

Rapport.

Sur une observation présentée par M. le Dr Choux, médecin major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes, intitulée : *Hernie inguinale congénitale étranglée d'emblée ; kélotomie, cure radicale, guérison.*

Rapport par M. Paul Berger.

Sous le titre de : *Hernie inguinale congénitale étranglée d'emblée ; kélotomie, cure radicale, guérison*, M. Choux, médecin major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes, vous a lu

une observation intéressante à divers titres ; en voici le résumé succinct :

Un jeune soldat du 102e de ligne, en sautant un fossé à l'exercice, perçoit une sensation de déchirure dans l'aine droite ; quelques heures après, il est pris de vomissements et constate, à la région susdite, une tuméfaction douloureuse qui n'existait pas avant l'accident. A partir de ce moment, tous les phénomènes d'un étranglement se poursuivent et évoluent jusqu'au 6e jour, auquel seulement il est admis à l'hôpital de Vincennes. Lors de son admission, on constate tous les symptômes d'un étranglement herniaire ; constipation absolue depuis l'issue de la hernie, vomissements fécaloïdes, douleur locale vive, en même temps que l'examen fait reconnaître l'existence d'une hernie descendant dans le côté droit du scrotum, mais restant indépendante du testicule, hernie manifestement oblique, de forme cylindrique, remontant très haut dans le trajet inguinal, tandis que le doigt peut pénétrer entre elle et les piliers de l'orifice inguinal externe. Cette hernie, qui présente tous les caractères d'une hernie congénitale funiculaire, est irréductible, douloureuse au niveau du collet ; elle est certainement étranglée au niveau de l'anneau inguinal profond, et M. Choux se met aussitôt en devoir de pratiquer l'opération sans recourir au taxis, que l'ancienneté de l'étranglement le détermine à rejeter.

Le sac herniaire est ouvert suivant les règles ; il renferme une anse intestinale seule, sans épiploon : le siège de l'étranglement est très haut situé, au-dessus, dit M. Choux, de l'anneau inguinal profond, et comme la paroi antérieure du trajet inguinal n'a pas été incisée, le chirurgien se résout à faire des débridements multiples sur le collet du sac au moyen d'un ténotome glissé sur le doigt jusqu'au niveau de l'agent de l'étranglement ; mais à ce moment le malade fait quelques efforts de vomissements, et quand, après avoir débridé, l'opérateur amène l'intestin au dehors, il constate que celui-ci présente quelques incisures superficielles et une petite plaie perforante que l'anse intestinale, projetée dans ses efforts contre l'instrument tranchant, est venue se faire. Sans perdre de temps, M. Choux réunit les lèvres de cette plaie par quelques points de suture de Lembert, puis il réduit l'anse intestinale, qui d'ailleurs est saine, quoique congestionnée.

Restait à compléter l'opération en pratiquant la cure radicale. L'état du sujet donnant quelques inquiétudes, M. Choux ne voulut pas prolonger outre mesure l'acte opératoire ; il renonça à inciser l'aponévrose du grand oblique et à procéder à la restauration par la suture des plans musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale au niveau du trajet inguinal. Il chercha à isoler le sac afin de le lier au niveau de son pédicule ; mais l'extrême adhérence de la séreuse aux vaisseaux l'empêcha de pratiquer cet isolement d'une manière complète ; il dut laisser le feuillet de la vaginale qui recouvrait les éléments du cordon en passant immédiatement en avant de ceux-ci une double ligature en chaîne qui étreignait le pédicule du sac. Une seconde ligature comprenant non seulement le collet du sac, mais les piliers inguinaux, fut

placée au-dessus de la première ; le sac ne fut pas excisé, et on compléta l'opération par une sorte de capitonnage de la séreuse vaginale et par une suture superficielle.

Je passe sur quelques détails d'importance secondaire ; le malade guérit et la plaie opératoire se réunit par première intention ; mais trois mois après l'opération, il existait de nouveau une petite tumeur sonore, réductible, grosse comme un petit œuf d'oiseau, au niveau de l'anneau inguinal externe ; c'est un début de récidive pour laquelle l'application et le port d'un bandage seront nécessaires.

Je ferai suivre ce résumé de quelques brèves observations.

J'admets avec M. le Dr Choux que la hernie pour laquelle il a pratiqué l'opération en question était bien une hernie congénitale, une hernie péritonéo-vaginale funiculaire, étranglée d'emblée, c'est-à-dire le jour même de son apparition. A défaut de communication avec la tunique vaginale du testicule, l'obliquité du trajet herniaire, l'abouchement très élevé du sac dans le péritoine, la minceur de la paroi du sac réduite à son feuillet séreux au niveau des éléments du cordon, l'adhérence intime du fond du sac avec la séreuse testiculaire suffisent à établir à cet égard, sinon une certitude absolue, du moins des présomptions presque équivalentes, surtout si la hernie s'est développée sur un jeune sujet, si elle a d'emblée atteint le scrotum, si elle est de forme régulièrement cylindrique et en quelque sorte boudinée.

Voici donc un exemple de hernie congénitale funiculaire, étranglée le jour même de son apparition et dans laquelle six jours d'étranglement n'avaient pas encore déterminé l'apparition des lésions irrémédiables qui sont la conséquence de la constriction de l'intestin au bout d'un temps souvent beaucoup moins long. Le fait est exceptionnel et mérite d'être retenu ; il est d'observation classique que dans les hernies inguinales congénitales, l'étranglement suit d'ordinaire une marche rapide ; cette gravité particulière de l'étranglement est surtout la règle quand celui-ci s'est produit le jour même de l'apparition de la hernie ; cette sorte d'étranglement, désigné autrefois sous le nom d'étranglement élastique, passe à bon droit pour présenter une gravité très considérable. Il ne faudrait pas s'attendre à rencontrer souvent l'intestin indemne au bout d'un temps aussi long dans des conditions analogues ; aussi, sans rien enlever à la gravité du pronostic des hernies congénitales qui s'étranglent dès le jour de leur première apparition, convient-il de conserver le souvenir des exceptions favorables dont M. Choux vient de vous rapporter un exemple.

Le deuxième point sur lequel j'attire votre attention concerne l'accident qui s'est produit au moment du débridement. L'opérateur débridait par la méthode ancienne, en glissant un ténotome

entre l'intestin et l'agent de l'étranglement, quand des efforts de vomissement étant venus à se produire, l'anse intestinale vint elle-même se blesser contre le tranchant de l'instrument. Pareille chose n'aurait pu se produire, si M. Choux avait eu recours au débridement à découvert, le seul qu'il faille employer lorsqu'il est possible, et il l'est toujours dans la hernie inguinale. Ce mode de débridement consiste à fendre avec précaution le sac de bas en haut, en l'attirant en bas avec des pinces à pression, jusqu'à ce que l'on ait sous les yeux l'agent constricteur sous lequel on glisse une sonde cannelée ou une spatule; on incise de la sorte cet agent constricteur à découvert, sans que l'on puisse courir le moindre danger de blesser l'intestin ou l'épiploon, ou de méconnaître la cause de l'obstacle à la réduction, ou, après la levée de l'étranglement, de pratiquer une fausse réduction, puisque la cavité péritonéale, largement ouverte, est accessible au doigt et aux yeux du chirurgien. Mais pour débrider à découvert dans les hernies inguinales congénitales étranglées dans lesquelles l'agent de l'étranglement est situé très haut, parfois au-dessus de l'anneau inguinal profond, il est de toute nécessité de fendre la paroi antérieure du trajet inguinal dans toute son étendue. Beaucoup de chirurgiens hésitent encore à le faire ; M. Choux a cru pouvoir s'en dispenser, et notre distingué confrère reconnaît lui-même qu'il s'en est mal trouvé, non seulement à cause du petit accident survenu au moment du débridement et auquel il a très habilement paré au moyen d'une suture de Lembert, mais en raison des conséquences que cette imperfection de la technique opératoire a eues pour la cure radicale de la hernie.

Ici encore l'expérience de l'auteur de cette observation mérite d'être prise en très sérieuse considération.

Les conditions qui seules peuvent réaliser une bonne cure de la hernie sont : 1° L'extirpation complète du sac herniaire pédiculisé et lié au-dessus de son collet, le pédicule étant formé sur le péritoine adjacent à l'orifice herniaire, de telle façon qu'après l'extirpation du sac il ne reste pas de vestige d'un infondibulum péritonéal capable de servir d'amorce à une nouvelle hernie; 2° L'occlusion solide du trajet herniaire, par une suture rétablissant à ce niveau la continuité des différents plans de la paroi abdominale.

On admet peut-être un peu trop facilement que, dans les hernies congénitales, tout le vice de conformation d'où procède la hernie réside dans l'existence d'un sac préformé constitué par la persistance du conduit péritonéo-vaginal non oblitéré. Cette manière de concevoir le mode de production des hernies congénitales a pour conséquence que l'on ne s'applique plus qu'à oblitérer la communication péritonéo-vaginale et qu'on néglige la reconstitution de la

paroi abdominale. Je suis convaincu, et le grand nombre de hernies congénitales qu'il m'a été donné d'opérer chez l'adolescent et chez l'adulte m'a permis d'asseoir cette opinion sur de nombreuses constatations anatomiques, je suis convaincu que dans beaucoup de hernies congénitales, tout au moins chez les adolescents et les adultes, l'insuffisance de la paroi abdominale au niveau du trajet inguinal joue un rôle important, sinon dans le développement, au moins dans la persistance et dans l'accroissement de volume de la hernie. Je crois donc que les chirurgiens qui se bornent à pratiquer l'occlusion de la communication péritonéo-vaginale et à extirper le sac en négligeant de pratiquer la suture méthodique du trajet herniaire, s'exposent à des mécomptes analogues à celui qu'a éprouvé M. le Dr Choux.

D'ailleurs, la condition essentielle pour extirper d'une manière complète le sac d'une hernie inguinale oblique externe et surtout le sac d'une hernie congénitale, de même que pour pratiquer l'occlusion par la suture du trajet herniaire, est de se donner un jour suffisant en incisant dans toute sa longueur la paroi antérieure du trajet inguinal constituée par l'aponévrose du grand oblique. Seule cette incision permet d'arriver directement sur l'anneau inguinal profond, d'aborder la séreuse pour en pratiquer l'isolement, à l'endroit où elle est le moins adhérente aux vaisseaux spermatiques et au canal déférent. C'est probablement pour n'être pas remonté assez haut que M. Choux a éprouvé de telles difficultés pour pratiquer cet isolement et qu'il a dû abandonner l'extirpation de la bandelette séreuse qui recouvrait les éléments du cordon.

Si minime que soit la portion de séreuse qu'on abandonne lorsqu'on est forcé d'agir de la sorte, elle est un obstacle à la cure et constitue une prédisposition à la reproduction de la hernie, non seulement en laissant persister un espace libre en avant des vaisseaux et du canal déférent, mais en fixant le péritoine au niveau de l'anneau inguinal profond et en s'opposant à ce que le moignon péritonéal se retracte profondément en arrière de la paroi abdominale après la pédiculisation, la ligature et l'excision du sac.

Notre distingué confrère le reconnaît d'ailleurs lui-même, et il a voulu que le souvenir de ce cas servît à démontrer aux chirurgiens qui se trouveront dans les mêmes conditions, la nécessité de faire une excision complète du sac herniaire et une suture suffisante des parois du trajet inguinal. J'ajoute qu'il agissait dans un cas de nécessité, sur une hernie étranglée depuis six jours, pressé par le temps, l'état général du sujet le forçant à abréger le plus possible l'opération. On sait que la cure radicale pratiquée dans les cas de ce genre ne peut être assimilée aux opérations curatives pratiquées pour des hernies non incarcérées. Dans l'espèce, M. le

Dr Choux a fait ce qu'il pouvait faire et rendu un immense service à son malade auquel il a conservé l'existence et dont la hernie s'est trouvée réduite à l'état d'une simple menace que le port d'un bandage empêchera de se transformer en une réalité. Il n'est pas moins vrai que, toutes les fois qu'il n'est pas absolument impossible de le faire, on doit, dans l'opération des hernies inguinales congénitales, extirper totalement la séreuse sur toute la circonférence et sur toute la hauteur de la communication péritonéo-vaginale persistante et faire suivre cette excision d'une suture à étage de la paroi, réunissant plan par plan les diverses couches musculaires ou fibreuses qui constituent cette paroi; il est certain aussi que, pour atteindre ce but, il est absolument nécessaire de fendre dans toute l'étendue du trajet inguinal sa paroi antérieure constituée par l'aponévrose d'insertion du grand oblique. Cette incision, qui n'a d'ailleurs aucun inconvénient, doit toujours constituer le premier temps de l'opération d'une hernie inguinale libre ou étranglée.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Je suis heureux de voir M. Berger insister, dans son rapport, sur la nécessité d'ouvrir le canal inguinal pour pratiquer la cure radicale. Depuis longtemps je fais ressortir l'utilité qu'il y a de procéder de haut en bas dans la dissection du sac ; l'ouverture du canal inguinal rend cette dissection plus facile. Si l'auteur de l'observation avait procédé de la sorte, il n'aurait pas rencontré d'aussi grandes difficultés. Mon intention n'est pas d'ailleurs d'adresser des critiques à notre confrère, mais bien à la méthode générale habituellement adoptée dans le traitement de la hernie étranglée.

Communications.

Sur l'hydronéphrose intermittente et son traitement,

Par M. Tuffier.

L'histoire de l'hydronéphrose constitue actuellement la question la plus obscure de la pathologie chirurgicale du rein. Le présent travail dont le début remonte à plusieurs années a pour principal but d'apporter au mécanisme et au traitement de cette affection l'appui de recherches expérimentales et de faits cliniques. Les premières sont constituées par une série d'expériences pratiquées au laboratoire de M. le professeur Dastre, mon maître en expérimentation, et patiemment suivies pendant plusieurs mois.

Mes observations chirurgicales portent sur *douze opérations personnelles* d'hydronéphrose intermittente et sur *quarante-cinq néphropexies* pour rein mobile.

J'envisagerai successivement trois points de leur histoire : *La pathogénie, l'anatomie pathologique, le traitement.*

I. — Il est certain qu'il existe une relation causale entre la rétention intermittente de l'urine dans les reins (hydronéphrose intermittente), la rétention permanente et le rein mobile. Nombre de faits le prouvent. Tout d'abord la fréquence de cette affection chez la femme (21 femmes sur 25 observations, 12 femmes sur mes 12 opérées), puis, le siège presque constant de la lésion dans le rein droit, 21 cas sur 23. Je me range au point de vue du mécanisme des accidents à l'opinion de Landau défendue par Terrier et Baudoin et je puis apporter à cette théorie qui jusqu'à présent manque de constatations anatomiques (Terrier et Baudouin, pages 845 et 893) l'appui de plusieurs faits *expérimentaux anatomo-pathologiques* et *cliniques.*

1° J'ai, dès 1890, observé un fait de coudure de l'uretère par mobilité artificielle du rein. Cette expérience que j'ai communiquée à la Société anatomique et à la Société de biologie à cette époque et dont j'ai parlé alors à M. Baudouin a été rapportée in-extenso au congrès de chirurgie de 1891[1]. Il s'agissait d'un rein que j'avais mobilisé et dénudé ; et en pratiquant l'autopsie de l'animal 26 jours après, je trouvai une hydronéphrose et une coudure fixe de l'urétère siégeant à environ 3 centimètres du bassinet. J'ai repris ces expériences et j'ai publié à la Société anatomique le 16 juin et le 24 novembre 1893 des faits démonstratifs reproduisant la marche de l'hydronéphrose. Ces expériences consistent à pénétrer par la voie lombaire pour détacher le rein de ses moyens de fixité, à le rendre ainsi mobile et à suivre ensuite pendant plusieurs mois les modifications qui se produisent du côté de l'excrétion urinaire, puis à voir l'état de l'uretère et du rein. Ces expériences doivent être conduites avec la plus rigoureuse asepsie, l'hémostase consécutive doit être parfaite, le tout sous peine de voir le rein prendre adhérence à l'épiploon ou se fixer en un point de l'abdomen. Ces adhérences créant au rein de nouveaux moyens de fixité constituent une variété spéciale de lésions. J'ai répété dix fois l'expérience en la variant et en la perfectionnant. J'ai commencé par fixer l'uretère (exp. I et III) puis je n'ai fixé que le rein en un siège anormal (exp. II, IV, V, VI, VII), enfin j'ai fait la simple mobilisation (exp. VIII et X) et j'ai ainsi

[1] *Congrès de chirurgie*, 1891, p. 377.

reproduit les deux types de *rein mobile simple* et de *rein ectopié anormalement immobilisé*. J'ai obtenu quatre résultats négatifs et cinq hydronéphroses ouvertes. Cette différence dans les résultats obtenus ne m'étonne pas. Elle cadre avec les différences cliniques que nous constatons, car heureusement tous les reins déplacés sont loin d'être hydronéphrotiques. Mes cinq hydronéphroses présentaient toutes le même caractère. A deux ou trois centimètres au-dessous du hile, siège une coudure brusque de l'urétère, en avant de cette coudure, le bassinet et le rein sont dilatés, distendus et amincis [1] et leur volume varie en raison directe de la durée de l'expérience (7 jours à 55 jours).

Ces hydronéphroses étaient ouvertes, il suffisait de comprimer légèrement le rein pour voir le liquide franchir la coudure. Dans ces cas le rein continuait à fonctionner et pour en avoir la certitude j'ai dans l'expérience n° VIII lié l'uretère du côté opposé et l'animal a continué à vivre, l'expérience est concluante puisque l'animal n'avait alors qu'un seul rein. La mobilisation simple d'un rein bien conformé et indépendamment de toute malformation antécédente suffit donc à provoquer une hydronéphrose et cette rétention rénale est bien due à une coudure de l'urétère. Mais il est une particularité de cette coudure qu'il importe au plus au haut point de spécifier : Aussitôt que le rein est enlevé ou mobilisé, la coudure disparaît complètement et il ne reste que la différence de diamètre des portions sus et sous-jacentes pour indiquer son siège et sa trace. Cette coudure est donc redressable avec la plus grande facilité. Elle est formée en somme par une portion du canal mobile qui se déplace sur un point fixe.

EXPÉRIENCES

Exp. I. — *Rétrécissement urétéral par plicature de l'uretère droit. Résultat négatif au bout de soixante-six jours.*

Chienne noire, laparotomie le 15 mai 1893. L'uretère droit, reconnu et isolé, est maintenu plié sur lui-même à l'aide d'un point de suture à la soie traversant ses parois. Incision exploratrice le 2 juin. Le rein droit est normal. Mise à mort le 21 juillet 1893. Le rein et le bassinet du côté droit ne présentent rien d'anormal.

Exp. II. — Chienne noire (même animal que dans l'expérience précé-

[1] Il est facile de s'en rendre compte en prenant le diagramme des deux reins au moment de l'autopsie, c'est ce qui a été fait d'après nature sur les pièces représentées ci-dessous.

dente). Mobilisation et abaissement du rein droit qui est fixé dans la fosse iliaque au péritoine de la paroi abdominale.

Mise à mort le 21 juillet 1893. Rein et bassinet normaux.

Exp. III. — *Hydronéphrose ouverte ; coudure directe de l'uretère* (29 *jours*) (*Société anatomique*, 5 juin 1893).

Petite chienne noire. Le 18 mai 1893, le rein gauche est isolé de sa capsule adipeuse, mobilisé et abaissé. L'uretère décrit une coudure

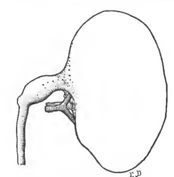


Fig. 1. — Rein hydronéphrosé.

dont la permanence est assurée par une anse de fil de soie fine passée au-dessous de ce canal à 2 centimètres 1/2 du bassinet et fixée à l'épiploon.

Mise à mort le 16 juin 1893. Le rein gauche est au niveau de l'om-

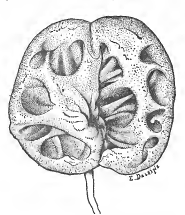


Fig. 2. — Rein hydronéphrosé (fig. 1) ouvert.

bilic. Il est globuleux et fluctuant. L'uretère gauche présente, dans sa portion supérieure une dilatation du volume d'un crayon qui cesse brusquement à 3 centimètres du bassinet. Dans tout le reste de son trajet il a le même calibre que l'uretère du côté opposé. Le rein gauche est

distendu, fluctuant et mou (*fig.* 1), et notablement plus volumineux que le rein droit. En exerçant une pression légère mais continue sur le rein gauche, on voit l'urétère se distendre au-dessous de la coudure et l'urine passer dans la vessie.

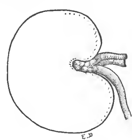


Fig. 3. — Rein du côté sain (diagramme pris sur nature).

L'urine de la vessie et le liquide du rein gauche présentaient la même teneur en urée (5gr,44 par litre).

Exp. IV. — *Rein ectopié, anormalement immobilisé. Résultat négatif au bout de cent quarante-neuf jours.*

Chien noir (taches blanches). Opéré le 27 mai 1893. Même technique que pour l'expérience II.

Depuis l'opération, l'animal examiné à plusieurs reprises dans le décubitus dorsal présente un rein gauche très abaissé et mobile, mais qui ne semble ni augmenté de volume ni fluctuant.

Mis à mort le 23 octobre 1893. Le rein gauche est flottant dans la cavité abdominale, mais ne présente aucune trace d'hydronéphrose.

Exp. V. — *Rein ectopié du côté droit et anormalement immobilisé. Au 33e jour hydronéphrose ouverte.*

Chien jaune opéré le 30 mai 1893 par le même procédé que dans les

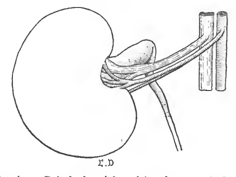


Fig. 4. — Rein hydronéphrosé (coudure uretérale).

expériences II et IV. L'animal guéri de l'opération, il est facile de sentir par la palpation le rein droit abaissé mais peu mobile.

Mis à mort le 3 juillet 1893.

L'uretère droit est coudé à angle droit à 1 centimètre 1/2 du bassinet et présente depuis cette coudure jusqu'au bassinet une dilatation fusiforme très nette (*fig.* 4). Le rein de ce côté est gros, mou et fluctuant au toucher. A la moindre pression sur le parenchyme, on voit le liquide

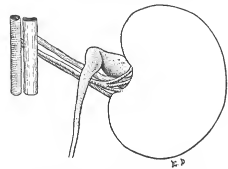


Fig. 4 *bis*. — Même rein vu en arrière.

franchir la coudure et remplir toute la longueur de l'uretère. Fendu sur son bord convexe, il présente les lésions classiques de l'hydronéphrose. Son parenchyme est réduit à une coque de 5 millimètres d'épaisseur. L'uretère est perméable dans toute son étendue et au niveau de la coudure on ne trouve pas de pli valvulaire.

Exp. VI. — *Ectopie rénale gauche chez une chienne ayant subi l'exstrophie expérimentale de la vessie.*

Au 6e *jour*, *il n'existe pas encore d'hydronéphrose manifeste, mais*

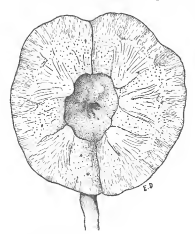


Fig. 5. — Rein mobilisé 6 jours (congestion et hypertrophie).

une notable augmentation de volume du rein due à la congestion, et à une dilatation urétrale.

Chienne grise (boule-dogue). Exstrophie expérimentale de la vessie le 27 mai 1893. Un tiers environ de la vessie est reséqué. Le 11 juillet, cathétérisme des uretères pendant 45 minutes, l'animal non anesthesié. On recueille 5 centimètres cubes d'urine de chaque urétère.

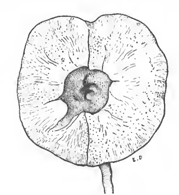


Fig. 5 *bis*. — Rein sain.

Le 13 juillet, laparotomie, abaissement et mobilisation du rein gauche qui est fixé très bas au-dessous de l'ombilic à la paroi abdominale antérieure. Le 17 juillet, cathétérisme des uretères pendant une demi-heure; je recueille 2 centimètres cubes d'urine du rein droit contenant 10gr,176

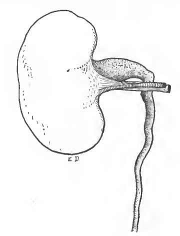


Fig. 7. — Rein mobilisé hydronéphrosé.

d'urée par litre, et seulement 1/2 centimètre cube du rein gauche avec 12gr,610 d'urée par litre.

L'expérience renouvelée deux fois les jours suivants, a donné les mêmes résultats.

Mise à mort le 19 juillet, 6 jours après le déplacement du rein gauche. Ce dernier est, comme on peut le voir par les figures 5 et 6, nota-

blement plus volumineux que le rein droit. Son uretère présente également une dilatation manifeste (5 millimètres 1/2 de diamètre et 3 millimètres 1/2 de diamètre seulement du côté droit).

Exp. VII. — *Reins ectopiés anormalement immobilisés. — Résultat négatif au 37e jour.*

Petite chienne noire, opéré, le 1er juin 1893. Les deux reins séparés de leurs moyens de fixité, nous avons cherché à obtenir un rein en fer à cheval en suturant l'une à l'autre sur la ligne médiane, au devant de la colonne vertébrale, les extrémités inférieures des deux reins.

L'animal, sacrifié au 37e jour, ne présentait rien d'anormal du côté de l'appareil urinaire supérieur. Les deux reins, le bassinet et l'uretère étaient au-dessous de toute dilatation.

Exp. VIII. — *Rein flottant. Hydronéphrose ouverte à droite. Au 47e jour, exstrophie expérimentale de la vessie et ligature serrée de l'uretère gauche pendant huit jours sans provoquer d'accidents d'anurie ou d'urémie.*

Chienne blanche et noire (longs poils).

Laparotomie le 20 mai 1893. — Déplacement du rein droit, le rein reste flottant dans l'abdomen.

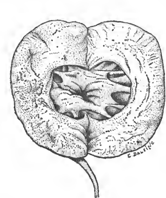


Fig. 8. — Rein de la figure 7 ouvert (dilatation des calices et du bassinet).

Laparotomie exploratrice le 30 juin. — Le rein est parfaitement libre dans l'abdomen.

Le 7 juillet, exstrophie vésicale. Nous constatons que les deux uretères fonctionnent et émettent la même quantité d'urine (5 centimètres cubes chaque) et contenant 6gr,305 d'urée par litre. L'embouchure vésicale de l'uretère gauche est alors liée avec un fil de soie.

Les jours suivants, nous ne constatons aucun accident.

Mise à mort le 15 juillet 1893. Rein flottant sans aucune adhérence dans l'abdomen. Hydronéphrose ouverte à droite avec coudure bien

nette de l'uretère droit (*fig.* 8). A gauche, hydronéphrose fermée (*fig.* 9).

Exp. IX. — *Exstrophie vésicale et mobilisation du rein gauche. La sécrétion urinaire est notablement diminuée du côté du rein déplacé, aussitôt après l'opération.*

Petite chienne blanche. Le 29 juin 1893, exstrophie expérimentale de la vessie. Guérie le 11 juillet. Le cathétérisme permanent des

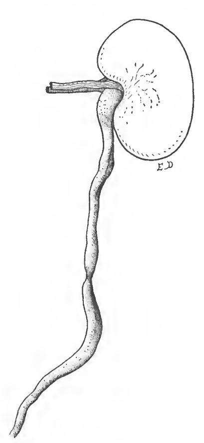


Fig. 9. — Rein du côté opposé. Uretère lié à l'orifice vésical, son volume à comparer avec celui de l'urètre (*fig.* 8).

uretères, pratiqué à plusieurs reprises, fait constater le fonctionnement parfait des deux reins.

Le 15 juillet, laparotomie et déplacement du rein gauche que l'on laisse flottant dans l'abdomen. Cathétérisme permanent des uretères. Le rein droit sécrète beaucoup plus que le gauche, Les éjaculations de l'uretère droit sont plus fréquentes dans la proportion de 3 à 1. Mal-

heureusement nous n'avons pu continuer l'expérience les jours suivants, l'animal étant mort à la suite d'avortement provoqué par la laparotomie.

Exp. X. — *Rein flottant à droite. Néphrectomie à gauche. Hydronéphrose ouverte au 28e jour.*

Jeune chien (poil ras). Néphrectomie gauche le 24 novembre 1893. Incision latérale gauche. En même temps, le rein droit détaché de ses moyens de fixité est laissé flottant dans l'abdomen.

Au bout de quelques jours l'animal est complètement remis de cette double intervention, et il ne présente aucun accident lorsque nous pratiquons l'autopsie le 22 décembre 1893.

Le rein unique est placé au devant et un peu à droite de la colonne vertébrale, au-dessous la face inférieure du foie, transversalement le hile regardant en haut et un peu en dedans. Son urétère présente une courbure en U très caractérisée à 3 centimètres du bassinet. Le rein est mobile en tous sens, sans adhérence aux organes voisins ou à l'épiploon, il peut être facilement réduit dans la loge lombaire et alors la courbure disparaît complètement.

Son aspect extérieur est normal, on n'y sent pas de fluctuation.

Le rein et l'urétère isolés et disséqués, on constate une dilatation fusiforme de l'urétère semblable à celle de l'expérience VIII, mais dans ce cas, elle est plus allongée. Le rein, à la coupe est dilaté comme dans toutes les autres expériences.

A côté de ces résultats expérimentaux, je puis rapporter un certain nombre de faits *anatomiques* qui plaident dans le même sens. Ce sont des coudures que j'ai pu constater pendant mes opérations destinées à remédier à des hydronéphroses intermittentes. J'ai vu deux fois cette coudure de l'uretère (obs. I et XI) et j'ai pu l'étudier pendant l'opération chez une femme (que j'ai examinée ces jours derniers) à laquelle j'ai pratiqué il y a deux ans, la néphrectomie pour un énorme rein sacciforme [1] (obs. I). Au cours de mon opération, j'ai disséqué l'uretère au dessous de la poche, et j'ai vu, environ à 4 centimètres au-dessous du bassinet, la coudure en S formée par le canal. Cette coudure ne pouvait pas être redressée complétement. En exerçant sur la poche rénale une certaine pression, on voyait l'uretère se distendre peu à peu et le liquide arriver jusqu'au sommet du coude, puis, si on accentuait la compression, le liquide franchissait ce défilé et s'engageait dans la partie libre de l'uretère. Ici la coudure était *fixe*, mais dans un autre cas j'ai pu voir la coudure *mobile*, redressable du canal. Il s'agissait d'une hydronéphrose intermittente typique, que j'ai opérée par néphropexie le 18 novembre dernier, à l'hôpital Beaujon (obs. XI). Là encore,

[1] Tuffier, *Annales génito-urinaires*, 1893, p. 298.

après avoir isolé le rein par les lombes, j'ai été chercher l'uretère et je l'ai isolé à 10 centimètres au-dessous du bassinet, puis j'ai pu remonter le long de ce conduit; arrivé à 2 centimètres au-dessous du hile, l'uretère se dilatait brusquement. Pour suivre sa coudure, nous étions gênés par le pédicule vasculaire, et comme l'uretère et le bassinet passent en arrière du hile, je libérai ce dernier et je le renversai de façon à examiner sa face postérieure. Nous pûmes voir alors, en relevant le rein, un sillon à concavité supérieure séparant l'uretère et le bassinet. En relevant le rein, cette coudure disparaissait, et le fait était si vrai que, pendant cet examen et sous l'influence de la malaxation du rein, le bassinet se vida [1]. Il présentait le volume d'une mandarine.

Voici enfin un fait *clinique*, cette fois, qui peut être rapproché des deux précédents :

J'ai opéré, le 17 juin, à Beaujon, une surveillante des hôpitaux (obs. VIII). Elle présentait des signes de mobilité rénale droite depuis plusieurs années. Depuis huit mois étaient survenus les accidents suivants : toutes les fois que la malade se tenait debout, elle souffrait, son flanc augmentait de volume, elle y sentait une tumeur et elle urinait peu. Les accidents cessaient dès qu'elle était dans le décubitus, si bien que, deux fois par jour, elle devait prendre cette position pendant une heure environ. En examinant cette femme, j'ai vu que le rein était déplacé, de telle sorte que le hile regardait directement en haut. Je pratiquai la fixation opératoire de l'organe, et pendant l'opération, je vis que le rein et le bassinet seuls étaient dilatés. Il est donc évident que sous l'influence de la station verticale, l'uretère se coudait, et comme cette coudure était mobile, elle disparaissait dans la station horizontale. Voici donc des constatations anatomiques personnelles bien démonstratives et qui, jointes aux expériences précédentes et aux observations rapportées par Clément Lucas [2], Israël [3], Monod [4] et Rochet [5], doivent entraîner la conviction scientifique et permettent de conclure qu'il y a une relation de cause à effet entre la mobilité rénale, la coudure de l'uretère près du bassinet et l'hydronéphrose. Si j'insiste sur ces faits, c'est que la thérapeutique pathogénique et réellement efficace s'en déduira.

II. — L'anatomie et la physiologie pathologiques de l'hydroné-

[1] Les veines postérieures que nous pûmes nettement isoler pendant l'opération étaient accolées à sa face postérieure et avaient subi un allongement parallèle.

[2] *Brit. med. Journ.*, 1891, t. II, p. 1343.

[3] Israel, *Cent. f. Chir.*, 1892, p. 116.

[4] *Soc. de chir.*, 1893.

[5] *Presse méd. Belge*, 1892, t. XLIV, p. 373.

phrose sont aussi obscures. Si encore l'expérimentation et la clinique doivent se prêter un commun appui, car la constatation de certains faits inhérents au début même de l'affection ne s'observe guère dans nos opérations, et force nous est de recourir à l'observation provoquée, c'est-à-dire à l'expérience pour les constater. Je n'étudierai pas à cet égard toute l'anatomie pathologique de l'hydronéphrose, ne cherchant ici qu'à être complémentaire. Trois points de ce chapitre me paraissent peu connus : 1° le mode de formation de l'hydronéphrose ; 2° la valeur physiologique de ce rein ; 3° les caractères macroscopiques du rein dans l'hydronéphrose intermittente ; 4° la cause de l'intermittence.

1° J'ai suivi et j'ai étudié les différents processus qui aboutissent à l'hydronéphrose. Si, chez un animal, on mobilise artificiellement un rein, on n'obtient pas d'abord de coudure uretérale. L'uretère se courbe, mais ne se coude pas [1]. Cette courbure uretérale permet le fonctionnement du rein, mais elle élève la tension dans le bassinet et diminue l'excrétion urinaire. Ces faits sont prouvés par l'expérience suivante : Chez une chienne je pratique une exstrophie vésicale, et quelques jours après j'examine le fonctionnement des deux uretères, le nombre de contractions, la quantité et la qualité du liquide excrété par chaque rein sont notés, puis je mobilise l'un des reins ; je vois de suite que l'uretère correspondant excrète moins souvent que celui du côté opposé (exp. IX). Mais si la quantité de liquide est moindre, la proportion en urée ne varie pas. Cette difficulté d'excrétion, cette tension plus élevée dans le bassinet persistent, et en voici la preuve. Chez un de mes animaux porteurs d'une hydronéphrose par rein mobile depuis cinq jours, et d'une exstrophie vésicale, j'examine l'excrétion de chaque uretère. L'analyse quantitative de l'urine de l'uretère du côté hydronéphrosé donne un tiers d'urine en moins.

Si, vers le 6 ou 8e jour, on examine le bassinet et l'uretère, on les voit distendus en amont de la courbure, et le maximum de distension correspond au bassinet. Le rein est donc gêné dans son fonctionnement par l'hypertension, et si faible que soit l'exagération de la pression uretérale, il se laisse distendre. L'hydronéphrose est constituée, et elle augmentera indéfiniment, car ni le

[1] Quant au rein en lui-même il devient volumineux, congestionné, turgescent et dur. Le bassinet est un peu plus tendu, mais tandis que la turgescence du rein est très accentuée, les modifications du côté du bassinet et de l'uretère sont peu marquées. L'appareil artériel ne subit pas de modification, au contraire la veine rénale est déformée, aplatie par suite de la rotation du rein autour de son pédicule, elle est tendue à éclater au niveau du hile. Cet état congestif persiste plusieurs jours puisqu'au 6e jour nous l'avons trouvé très manifeste (exp. VI).

rein ni le bassinet n'ont d'élément susceptible de contractions compensatrices.

Tels sont les premières altérations que l'expérimentation permet de reconnaître. Elles sont essentiellement caractérisées par une congestion rénale et une augmentation de la pression de l'urine dans le bassinet. Quand la distension provoquée par la stagnation de l'urine s'est produite, alors se fait une coudure (dès le 28e jour nous l'avons trouvée, obs. IX) entre le point fixe de l'uretère et la partie mobile (rein et bassinet), et c'est généralement au niveau du passage des vaisseaux qu'elle se rencontre. Il est possible que chez l'homme cette coudure se fasse brusquement dans les cas de déplacements *traumatiques* du rein. C'est une étiologie fréquemment relevée dans l'histoire des hydronéphroses.

2° Quoi qu'il en soit, la rétention partielle étant établie, dans un rein, quels sont les phénomènes physiologiques qui s'y passent? Il se fait au niveau du bassinet et du rein des phénomènes de *sécrétion* et des phénomènes d'*absorption*, et c'est la résultante de ces deux actes opposés qui est excrétée par l'uretère. *L'organe continue à sécréter*, et cela pendant longtemps, et nous en avons des preuves nombreuses. Tout d'abord, des malades ont pu vivre pendant des années avec un rein unique et hydronéphrosé (Wright[1], Kuster[2]). Son parenchyme reste même physiologique, puisque rien, dans la composition de l'urine de ces malades, ne venait trahir l'état de souffrance de la glande (absence d'albumine).

L'expérimentation plaide dans le même sens. Chez un de mes animaux porteurs d'une hydronéphrose ouverte et datant de 45 jours, je constate la lésion du côté droit et je pratique la ligature de l'uretère à gauche; l'animal continue à vivre avec un seul rein hydronéphrosé. Le parenchyme rénal, dans ces cas, est peu altéré. Les examens micrographiques pratiqués sur mes pièces par M. Toupet, au laboratoire de M. Cornil, en 1891, le prouvent bien, puisque sur les trois pièces représentant des hydronéphroses ouvertes qui dataient de vingt jours à trois mois, les lésions étaient les mêmes, « œdème interstitiel, dilatation des tubes collecteurs, intégrité du labyrinthe ».

Une preuve aussi convaincante est donnée par l'analyse chimique du liquide contenu dans ces cas, au niveau du bassinet. J'ai analysé à cet égard le liquide contenu dans mes hydronéphroses ouvertes expérimentales. Dans tous ces cas, l'urine du bassinet et celle de la vessie m'ont donné des résultats identiques au point de vue de la teneur en urée; il en est de même dans les observations cliniques

[1] *Med. Chronicle Manchester*, 1892-93, t. XVII, p. 445.
[2] *Cong. chir. allemands*, 1893.

(obs. de Rogers[1], de Rochet[2], de Weir[3]), et chez la malade que j'ai examinée dans le service de M. Tillaux; l'analyse du liquide a donné les mêmes résultats. Le rein continue donc longtemps à fonctionner. L'analyse du liquide dans une hydronéphrose fermée et ancienne montre, au contraire, une diminution des matériaux extractifs allant jusqu'à la presque disparition de l'urée. C'est qu'alors les phénomènes de sécrétion rénale diminuent, et le rein est en voie d'atrophie.

A côté de cet acte physiologique de sécrétion, le rein en état de rétention *absorbe* en partie le liquide contenu dans les calices, le bassin et les tubes collecteurs. Il est facile de prouver cette action endosmotique. J'ai étudié en 1889, et depuis cette époque, à plusieurs reprises, les phénomènes d'absorption au niveau du rein. A l'état normal, la muqueuse réno-uretérale absorbe à dose extrêmement faible dans l'uretère, mais assez rapidement dans les calices et le parenchyme; mais dès que la pression augmente dans le bassinet, l'absorption se fait avec une rapidité et une intensité remarquables. J'introduis dans le bassinet d'un chien 2 centigrammes de strychnine au moyen d'une seringue de Pravaz; l'animal n'éprouve aucun accident. Je lie l'uretère, aussitôt les signes d'empoisonnement se manifestent. Le liquide de l'hydronéphrose enfermé dans l'appareil réno-uretéral subit donc une double modification par suite des phénomènes d'endosmose et d'exosmose. Il doit, par conséquent, modifier sa constitution[4]. Mais son action secrétante persiste normale et l'emporte sur les phénomènes d'absorption dont il est le siège, et ainsi l'augmentation de pression persiste dans le bassinet qui, soumis à une distension lente et progressive, tend à augmenter indéfiniment de volume tout en atrophiant ses parois secrétantes.

3° L'*aspect macroscopique du rein* dans l'hydronéphrose intermittente nettement constituée peut être décrit d'après nos constatations pendant les opérations; nous l'avons vu se présenter sous deux aspects différents. Dans trois de nos opérations, nous l'avons trouvé augmenté de volume et ayant la forme d'un fer à cheval (obs. VIII, XI, XII); il était flasque, grisâtre ou blanchâtre; dans l'une d'elles cette forme était plus accentuée encore, et le rein formait presque un cercle complet. Une autre forme anatomique et caractéristique de la dilatation rénale au début est constituée par

[1] *New-York med. Journ.*, 1892, t. LVI, p. 742.

[2] *Loc. cit.*

[3] *New-York med. Journ.*, 1892, t. LV, p. 583.

[4] Dans un seul cas le rein était mal formé, son hile occupait toute son épaisseur et il existait deux uretères.

un aplatissement de l'organe, qui s'allonge, s'amincit et ressemble vraiment à une langue de chien. C'est ce qui existait chez une de mes malades. Ces différentes constatations sont importantes, car si, dans le cours d'une opération, le rein se présente sous cet aspect, on peut être certain qu'il s'agit bien d'hydronéphrose au début. Pour ma part, avant de connaître ces faits, j'avais rencontré, au cours de mes néphropexies, des reins ainsi altérés, et dont je ne m'expliquais pas la lésion, et c'est peut-être pour les avoir méconnus que je ne compte que 9 hydronéphroses sur 45 néphrorraphies.

4° Nous venons de voir le mode de formation de l'hydronéphrose, et les altérations rénales qui la constituent ; reste à étudier le mécanisme de son *intermittence*. Je puis encore apporter des faits expérimentaux et cliniques démontrant que cette intermittence peut se produire par deux mécanismes. Sur les pièces expérimentales, voici ce que j'ai pu constater. La coudure est mobile, c'est-à-dire qu'elle n'existe que dans certaines positions du rein ; j'ai pu m'en rendre compte facilement. Au début elle se redresse complètement et elle disparaît sans laisser de traces quand on remet le rein dans sa position. Lorsque le bassinet est très distendu, elle reste redressable, mais sa situation est marquée par le rétrécissement apparent ou réel de l'uretère à ce niveau. Il est donc certain que pendant longtemps il suffit de mettre le rein en place normale pour faire disparaître les lésions. Anatomiquement le fait est aussi indiscutable, car j'ai dans deux cas nettement vu le point où l'uretère changeait de volume. Mais pour faire cette constatation dans le cours d'une opération j'ai dû redresser le rein et de ce fait même la coudure a disparu. Cliniquement cette action de la mobilité rénale était indiscutable chez cette surveillante des hôpitaux dont j'ai parlé précédemment (obs. VII). Toutes les fois que la malade se levait, sa tumeur paraissait dans le flanc, elle augmentait de volume, elle devenait douloureuse. Dès qu'elle était couchée, la tumeur disparaissait lentement et la malade urinait davantage. Or, chez cette femme nous avons trouvé le rein en fer à cheval, gros, mou et fluctuant, le bassinet très dilaté et l'uretère normal. Le tout a complètement guéri par la fixation opératoire du rein. Il est donc évident qu'il s'agissait bien là d'une *action mécanique provoquée par le déplacement* du rein coudant l'uretère au niveau du hile.

Il existe un second mécanisme de cette intermittence et j'ai pu le constater dans une opération. Lorsque, par suite de la sécrétion incessante du rein, la *tension* augmente dans la poche rénale, la courbure elle-même se redresse et en tous cas est forcée, puis le siphon ainsi amorcé continue à fonctionner jusqu'à ce que la tension intra-rénale soit insuffisante. J'ai réalisé l'expérience pendant

une de mes opérations (Obs. I). Le rein était volumineux mais peu tendu, la coudure était visible, l'uretère était vide au-dessous de la coudure. En comprimant la poche rénale, le liquide distendait l'uretère jusqu'à la coudure, il fallait une pression plus forte pour lui faire franchir ce détroit, et le passage se faisait brusquement comme si une soupape ou un ressort cédait brusquement. Il est donc probable que, dans ces hydronéphroses très volumineuses, c'est sous l'influence de la tension de la poche que le siphon s'amorce en forçant la valvule ; dès que la pression devient trop faible, la coudure ne peut plus être forcée, l'écoulement est interrompu.

L'intermittence des accidents reconnaît donc deux mécanismes : un déplacement du rein, ou une distension exagérée de l'organe. Il est probable que le premier mécanisme explique les accidents du début et que la distension est au contraire le facteur capital dans l'intermittence des hydronéphroses volumineuses ou fixes.

III. — La mobilité rénale et l'hydronéphrose ouverte et intermittente ont donc d'étroites relations. Mais il ne faut pas croire que tous les reins mobiles douloureux deviennent hydronéphrotiques et que les accidents douloureux passagers du rein mobile sont tous sous la dépendance d'une rétention rénale. J'ai pratiqué quarante-cinq néphrorraphies pour accidents douloureux et anciens : or, trente-six de ces reins ne présentaient pas d'altérations imputables à une rétention chronique d'urine dans le bassinet. On peut dans ces cas invoquer d'autres mécanismes sur lesquels je ne veux pas insister. De même les reins mobiles peuvent devenir hydronéphrotiques sans provoquer de crises intermittentes vraies. C'est ainsi que sur douze malades que j'ai opérés pour des hydronéphroses, trois n'avaient jamais eu d'accès francs aigus cycliques et cependant la relation entre la rétention de liquide dans le bassinet et la mobilité rénale était certaine comme le traitement l'a bien prouvé. En somme il peut y avoir hydronéphrose par rein mobile sans crise, et de même il y a souvent crise douloureuse dans le rein flottant sans hydronéphrose. Enfin, je tiens à bien faire remarquer le long temps pendant lequel un rein en état de rétention incomplète continue à fonctionner normalement. La longue persistance de ce fonctionnement justifie l'emploi des méthodes conservatrices dans le traitement de cette affection.

Je ne fais que signaler ici l'application des appareils prothétiques ; dans ces cas, leur emploi doit toujours être tenté.

Les méthodes opératoires proposées et exécutées contre l'hydronéphrose intermittente par rein mobile sont : la ponction, l'incision, l'ablation et la fixation du rein. Nous pouvons, étant donnés les faits de pathogénie et d'anatomie pathologique que je viens d'ex-

poser, choisir au milieu de ces méthodes celle qui est applicable à chaque cas particulier. J'ai rapporté deux faits dans lesquels la ponction avait été suivie de guérison pendant de longs mois et même de longues années (obs. IV). J'ai pratiqué deux fois (obs. IV et V) l'incision, une fois la néphrectomie (obs. I); enfin j'ai fait neuf néphropexies. Je ne me suis pas déterminé sans connaissance de cause à agir différemment suivant le cas. Il faut avant tout ne pas perdre de vue que la dilatation rénale est lente à se produire et que la fonction du rein ne s'atténue que tardivement, enfin que la lésion est aseptique.

La *ponction* n'est pas à rejeter, je ne la crois pas dangereuse puisque je la suppose faite aseptiquement sur un organe aseptique. Pour la pratique, je choisirais la voie lombaire latérale en amenant la tumeur au contact de cette paroi pour pénétrer facilement et sans encombre dans la poche. La ponction doit s'adresser à une hydronéphrose très volumineuse. En dehors de ces conditions elle serait dangereuse ou inefficace. Dangereuse, car sur un rein peu développé le trocart pourrait tomber sur le hile et blesser les gros vaisseaux. Inefficace, car le liquide des hydronéphroses de petit volume se reproduit presque immédiatement. J'en ferais cependant la méthode de choix dans les affections dites hydronéphroses traumatiques qui ne sont, ainsi que j'ai cherché à l'établir[1], que des ruptures traumatiques de l'uretère avec épanchement urineux enkysté. Sur 7 faits que j'ai rassemblés, il y eut 4 guérisons complètes. Toutefois, le sort ultérieur des malades n'est pas assuré après une ponction, puisque j'ai dû pratiquer chez une de mes malades une néphrotomie pour une hydronéphrose, 11 ans après la ponction qu'elle avait subie. Je l'accepte donc comme moyen de diagnostic, comme essai thérapeutique dans les grosses hydronéphroses, surtout si un traumatisme en a marqué le début. C'est cette conduite qu'a tenu M. Maunoury dans le fai qu'il a bien voulu me communiquer.

Elle est encore indiquée dans des conditions spéciales, dans le cours *d'une grossesse* par exemple, et je cite ce fait parce que nombre de femmes atteintes d'hydronéphroses accouchent avant terme. J'en cite deux observations. Or chez une malade dont M. Tillaux a ponctionné le rein au cinquième mois d'une grossesse, l'accouchement a eu lieu à terme et sans accident, et, bien que je sache la bénignité des opérations aseptiques pendant la gestation, je ne crois pas qu'une autre intervention eut été aussi inoffensive.

La *néphrectomie primitive* a été le plus souvent pratiquée pour

[1] TUFFIER, *Arch. gén. de médecine*, 1888, t. XXII, p. 591 et 697, et 1889, t. XXIII, p. 335.

des erreurs de diagnostic. Une tumeur abdominale était enlevée et au cours de l'opération ou même après l'opération par l'examen de la pièce on reconnaissait une hydronéphrose. Pour ma part dans le seul cas, où de parti pris j'ai enlevé un rein hydronéphrotique, j'avais pu faire le diagnostic et au cours de l'opération m'assurer que le parenchyme était complètement détruit et qu'il ne s'agissait en réalité que d'une paroi kystique fibreuse. C'est ce qui est arrivé également à Clément Lucas, Israël, Monod, Weir. La voie abdominale dans ces volumineuses tumeurs est évidemment la voie d'élection, étant donné qu'il s'agit d'une hydronéphrose c'est-à-dire d'une lésion aseptique, au cas contraire la voie lombaire serait préférable. Les indications sont très restreintes pour plusieurs raisons. Tout d'abord le rein fonctionne longtemps même distendu et surtout l'affection, généralement unilatérale, peut être ou devenir bilatérale (observ. de Hare) ; elle peut même siéger dans un rein unique (cas de Braun et Kuster, de Wright, de Socin). Pratiquée dans des conditions analogues à celles que nous venons de citer, la néphrectomie ne paraît pas grave : à côté de ma malade qui a guéri, je trouve 4 autres faits semblables avec 4 guérisons.

La *néphrotomie* a été rarement pratiquée et j'y ai eu recour une seule fois pour une hydronéphrose ouverte (obs. IV), et dans un autre cas pour une hydronéphrose fermée. C'est surtout une méthode palliative qui crée une dérivation de l'urine. Elle ne peut guère prétendre à une cure radicale. Elle laisse généralement une fistule persistante et c'est une des raisons qui doit faire choisir la *voie lombaire* pour aborder le rein en pareil cas. Je suis d'autant plus autorisé à préconiser ce procédé que j'ai eu recours dans les deux faits qui me sont personnels à la néphrotomie transpéritonéale et j'ai pu apprécier les inconvénients de cette méthode. Chez ma première malade la tumeur était franchement abdominale, mais après ouverture et fixation elle s'est rétractée vers son pédicule donnant lieu à une longue fistule étendue vers la colonne vertébrale. Or si j'étais obligé chez cette femme de pratiquer une néphrectomie secondaire, je serais très gêné par les adhérences que j'ai créées à la paroi abdominale antérieure et j'aurais à parcourir dans une gangue cicatricielle un trajet beaucoup plus long et plus périlleux que si j'eusse créé une fistule lombaire. J'ajouterai que cette malade portait une tumeur qui présentait tous les signes d'une hydronéphrose et qui cependant était une pyonéphrose heureusement stérile. Ma seconde opération a été une néphrotomie de nécessité ; car étant parti pour enlever la tumeur par la voie transpéritonéale, je trouvai des adhérences à l'intestin et à la veine cave, telles que je dus me contenter de pratiquer péniblement une

fixation et une incision du rein. La néphrotomie a cependant ses indications. Toutes les fois que la clinique ne permet pas d'affirmer l'existence ou l'intégrité du rein du côté opposé, on doit y avoir recours, quitte à pratiquer ultérieurement la néphrectomie secondaire. Elle donne des indications précieuses sur la valeur de ce rein hydronéphrosé par la quantité de liquide urinaire sécrété par la plaie. Elle permet d'explorer la cavité du rein, et je crois même que si la poche peut revenir suffisamment sur elle-même, la fistule consécutive pourra guérir, et en tous cas l'opération peut toujours se transformer séance tenante en néphrectomie.

Toutefois dans les hydronéphroses où la dimension n'est pas très considérable; il vaut beaucoup mieux recourir à la méthode suivante.

La néphrorraphie est la méthode de choix dans la grande majorité des hydronéphroses intermittentes. Elle donne des résultats remarquables si j'en juge par les résultats opératoires et thérapeutiques que j'ai obtenus; j'ai pratiqué 9 fois cette opération et j'ai eu 9 succès, les résultats immédiats ont été parfaits, et tous mes malades ont été débarrassés de leurs accidents. Dans tous ces faits la *mobilité du rein variait* beaucoup, les uns n'étaient perceptibles que dans leur 1/3 inférieur, les autres flottaient au contraire entre les fausses côtes et le milieu de la fosse iliaque. Ce déplacement avait lieu suivant le grand axe de l'organe dans le sens vertical avec une tendance à se porter vers la colonne vertébrale. Une seule fois la glande était déplacée transversalement, si bien que le hile regardait directement en haut. L'étendue du déplacement ne paraît donc pas en rapport avec le développement de la rétention de l'urine dans le rein. L'ensemble de mes néphrorraphies, portant sur 45 cas, le prouve, puisque j'ai vu des reins complètement flottants et sans aucun des signes de l'hydronéphrose, alors que de légers déplacements s'accompagnaient de rétention pyélorénale. Enfin j'ai trouvé une seule fois une malformation du rein consistant en un hile qui divisait toute la glande en 2 segments supérieur et inférieur. Dans tous ces faits, l'organe était facile à réduire dans la région lombaire.

Le *volume*, *l'aspect*, *les lésions* de la glande sont différents suivant les cas. Dans les faits qui me sont personnels, le rein présentait au moment de l'opération un volume variable suivant son état de replétion ou de vacuité; c'est, en état de distension, en moyenne le volume des deux poings; il est arrondi à l'état de replétion et au contraire étalé, flasque et à grand diamètre vertical à l'état de vacuité. Sa coloration et sa flaccidité sont vraiment spéciales. Il est blanchâtre ou grisâtre, mou à la pression, il s'aplatit sous le doigt, au lieu de présenter la rénitence et

la coloration rouge vif habituelle. De même il saigne peu pendant la dénudation ou pendant les manœuvres de fixation. Souvent sa capsule propre est plus adhérente qu'à l'état normal. L'uretère était normal dans tous les cas où je l'ai examiné, et je n'ai jamais été gêné par sa longueur pour remonter la glande sous les fausses côtes.

Le manuel opératoire que j'ai employé dans tous ces cas est le même. Incision lombaire oblique, isolement soigneux du bord convexe du rein, ménagement du grand nerf abdomino-génital, dénudation de la capsule propre, passage de trois fils de gros catgut en plein parenchyme, mais de façon à ne pas pénétrer dans la poche. Le fil supérieur pénètre, par ses deux chefs, dans le ligament costolombaire, pour se fixer à la face externe de la 12e côte, il y applique la surface cruentée du rein dépouillé de sa capsule graisseuse. Les autres sont fixés aux aponévroses lombaires. La position de Trendalenburg rend alors des services. La seule précaution à prendre est de placer ces fils sur la moitié inférieure de l'organe surtout, de manière à bien redresser la coudure. Bien entendu je ne fais jamais aucun drainage ; la durée de l'opération varie de 15 à 30 minutes.

Le traitement *préopératoire* consiste simplement à purger le malade. Je ne donne aucun des prétendus antiseptiques urinaires. Je n'ai eu aucun accident *opératoire*, la plèvre, l'intestin, le péritoine ont toujours été respectés. J'ai toujours trouvé facilement l'organe; toutefois il ne faut pas prendre la face postérieure du foie abaissé pour le rein. La seule difficulté consiste à bien isoler la glande. Étant donné sa flaccidité et son volume, cette manœuvre est plus difficile que dans les cas de rein mobile simple, surtout quand l'échancrure iléo-costale est étroite. Mes fils de catgut n° 3 n'ont jamais produit aucune lésion, puisque c'est à peine si après l'opération, on trouve quelques globules rouges dans l'urine. Ils sont modérément serrés. L'énorme espace laissé vide dans la fosse iliaque par suite de la fixation en haut de l'organe déplacé est vite comblé par l'intestin et n'a été le siège d'aucun hématome. Je reconstitue anatomiquement toute la paroi en étages et j'exécute ces sutures avec le plus grand soin, aussi n'ai-je jamais eu ni cicatrices vicieuses, ni éventrations ou hernies. Je respecte le grand nerf abdomino-génital autant que faire se peut, car je crains les névralgies dont sa section s'accompagne souvent. Les soins *postopératoires* s'adressent simplement à la position de la malade. Pendant 21 jours, le décubitus dorsal, le siège élevé et les lombes en déclivité, me paraît indispensable et cette pratique que j'ai conseillée dès 1889 a été adoptée par l'ensemble des opérateurs. Je ne fais porter aucun appareil après mes opérations, à moins qu'il y ait une

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 50.12.93. *Le gérant :* G. Masson

insuffisance musculaire de la paroi abdominale que je double alors d'une ceinture élastique.

La fixation agit là en redressant l'uretère et en assurant son drainage sans obstacle. J'ai eu deux fois (obs. X et XI) la preuve matérielle de ce fait puisque pendant mon opération, et en attirant le rein en haut, nous l'avons vu perdre de son volume et devenir flasque comme un ballon mal tendu. En tous cas, l'efficacité de cette méthode ne peut être mise en doute, car pas une de mes opérées n'a eu depuis son opération trace d'un accident quelconque rappelant les crises d'hydronéphrose antécédentes. Elle présente les avantages très grands de conserver le parenchyme et sa fonction qui persiste longtemps intacte, si j'en juge par les faits cliniques de reins uniques hydronéphrotiques, et par mes expériences. Mais là encore il faut poser les indications. Le rein atteint d'hydronéphrose intermittente, mais susceptible d'évacuation presque complète entre les crises, est justiciable de la fixation opératoire ; et je dirai même que c'est dans cette affection que j'ai obtenu les succès les plus complets et les plus durables. Le fait s'explique facilement si l'on se reporte aux constatations anatomiques sur lesquelles je me suis expliqué plus haut. Mais la méthode ne peut donner un résultat complet lorsque la poche rénale est très volumineuse et que son drainage ne peut s'effectuer à travers l'uretère trop haut placé, et constituant un siphon insuffisant; la mobilité du rein, phénomène primitif, n'est plus alors qu'un accessoire. La distension rénale et l'élasticité insuffisante de sa poche constituent la lésion capitale contre laquelle le redressement de la coudure serait inefficace et nécessiterait sans doute une nouvelle intervention. Alors l'ablation du rein constituerait l'opération la plus logique si nous n'avions une autre opération conservatrice encore possible.

La résection de l'uretère et son abouchement à la partie déclive du bassinet pourraient encore trouver leur indication en assurant le drainage au point déclive. Chez un petit malade âgé de 13 ans et porteur d'une hydronéphrose droite développée dans un rein unique, et auquel Braun avait fait en 1890 une néphrotomie suivie de fistule lombaire, Kuster réséqua par la laparotomie 3 centimètres de l'uretère et sutura les deux bouts sectionnés. Le malade guéri a été présenté au congrès des chirurgiens allemands de 1892.

En résumé, l'hydronéphrose est de toutes les affections chirurgicales du rein, celle qui est encore la plus discutée et la plus discutable. Elle doit être l'objet d'études nombreuses avant que les divers chapitres de son histoire soient élucidés, c'est ce qui m'a engagé à vous présenter ces quelques considérations touchant

l'étiologie et le traitement de cette lésion. La thérapeutique dans ces cas doit s'inspirer avant tout des conditions pathogéniques de la maladie et des principes de la chirurgie conservatrice qui trouve une application si importante dans la pathologie rénale.

Observations cliniques.

(Je ne donne ici qu'un sommaire des observations qui seront publiées *in extenso* dans le mémoire d'un de nos internes, M. Navarro.)

Obs. I[1]. — *Uropyonéphrose droite avec rétention incomplète. Néphrectomie lombaire et uretérectomie partielle. Guérison datant de vingt et un mois.*

Mme H..., 30 ans, m'est adressée par mon confrère, le Dr Gaudin.

Le début des accidents imputables au rein mobile remonte à l'âge de 18 ans. Après une grossesse, en 1883, les symptômes s'aggravent. Enfin vers 1891, apparition d'une tumeur et symptômes précis d'hydronéphrose intermittente. La tumeur a le volume d'une tête de fœtus, elle est mobile et rénitente. Néphrectomie lombaire le 21 février 1892. Le rein n'est plus qu'une poche kystique renfermant du liquide louche.

L'uretère coudé en S présente au-dessus de sa coudure les dimensions d'un intestin grêle de chien. La coudure peut être forcée mais avec une forte pression. Résection de la portion de l'uretère y compris la coudure.

Guérison. La malade, que j'ai revue 18 mois après l'opération, est complètement guérie.

Obs. II[2]. — *Rein mobile avec hydronéphrose au début. Néphropexie. Guérison.* (Hôpital Beaujon, salle Huguier, n° 22.)

Berthe B..., 45 ans. Début des accidents de rein mobile 15 ans auparavant, avec plusieurs rechutes les années suivantes. En novembre 1891, douleurs continuelles de la région lombaire droite. Le rein est abaissé et augmenté de volume. Néphropexie le 15 juin 1892. Guérison. La malade revue cinq mois après est complètement guérie.

Obs. III[3]. — *Hydronéphose intermittente et rein mobile. Néphropexie. Guérison.* (Hôpital Beaujon, salle Huguier, n° 18 *bis*.)

Berthe I..., 20 ans, entre à l'hôpital le 19 juillet 1892. Souffre depuis le mois de juin 1892. Crises de rétention rénale revenant tous les cinq ou six jours. Néphropexie le 13 juillet 1892. Rein gros et allongé en

[1] Publiée in *Ann. Genito-Urinaires*, 1893, p. 298.

[2] *Thèse de Faraggi*. Paris, 1892 (obs. X).

[3] *Ibid.* (obs. XVII).

forme de langue de chien, et de couleur grisâtre. Guérison. Revue quatorze mois après guérie et sans aucun accident depuis son opération.

Obs. IV. — *Hydronéphrose droite ponctionnée il y a douze ans, Néphrotomie transpéritonéale. Purulence du contenu. Stérilité du pus. Guérison.* (Hôpital Beaujon.)

Joséphine B..., 40 ans, femme de chambre, entre salle Huguier, nº 5, le 1er novembre 1892. Tumeur du flanc droit ponctionnée il y a douze ans, et ayant donné issue à du liquide jaunâtre dit par le chirurgien (M. Tillaux) urineux. Depuis cette époque, quelques rares douleurs de ce côté sans autre accident qu'un peu d'élévation de température. Quinze jours avant son entrée, douleur plus vive et constatation d'une tumeur. Cette tumeur est visible et saillante dans le flanc droit, franchement abdominale, mobile, ayant les caractères d'une tumeur rénale fluctuante mais mate, du volume d'une tête d'adulte, urine et température normale, amaigrissement.

Laparo-néphrotomie latérale le 12 novembre 1892. Issue de deux litres d'urine purulente sans odeur. Drainage.

Le surlendemain, urines purulentes par la vessie. Lavages et drainage antiseptiques de la poche. Guérison sans incident. Sort le 7 janvier 1893 avec une fistule donnant quelques gouttes de pus, mais avec très bon état général.

Le pus recueilli et examiné par M. Girode était stérile. La quantité d'urine rendue par la vessie après l'opération a varié de 1,200 à 1,600 grammes. La quantité d'urée, qui était de 27 grammes en vingt-quatre heures avant l'opération, a été de 21, 32, 41, 25, 20 et 27 grammes les jours suivants.

Obs. V. — *Néphrotomie abdominale le 21 mars 1893.*

(A titre de document, car il ne s'agit pas d'une hydronéphrose *intermittente.*)

Hôpital Beaujon. Femme de 47 ans. Tumeur à droite. Hydronéphrose fermée. Tentative de néphrectomie. Adhérences. Néphrectomie.

Obs. VI. — *Double rein mobile. Hydronéphrose droite, échec d'un appareil prothétique. Néphropexie droite. Guérison.*

B... (Céline), entrée le 4 avril 1893, salle Huguier, nº 13. Un accouchement en novembre 1890, qui aurait été suivi de fréquences de mictions qualifiées de cystite. En septembre 1891, elle fut soignée pour une albuminurie avec œdème des jambes et des paupières. Guérison après quelques mois. Grossesse en janvier 1893. Nouvelles fréquences de mictions. Le 16 mars, fausse couche gémellaire. Le 4 avril, entrée à Beaujon. Double rein mobile avec pollakyurie. Rein droit plus volumineux, je fais porter une ceinture; le 19 juin aucune amélioration, la malade entre de nouveau à l'hôpital. Douleurs extrêmement vives à droite.

rein doublé de volume descendant jusque dans la fosse iliaque. On place la malade dans la position inclinée, les douleurs cessent, débacle urinaire. Néphropexie le 27 juin, à droite. Le rein présente le type aplati. Il s'étend du milieu de la fosse iliaque jusque sous les fausses côtes, flasque, blanchâtre. Réunion per primam. Guérison. Sortie le 15 août.

Revue en octobre 1893. Le rein droit n'est plus perceptible, aucune douleur de ce côté. Le rein gauche n'a pas subi d'augmentation de volume.

Obs. VII.— *Rein mobile droit. Crises d'hydronéphrose intermittente. Néphrorraphie. Rein aplati et vide au moment de l'opération. Guérison.* (Hôpital Beaujon, salle Huguier, nº 21.)

Femme, 21 ans. Accouchement il y a deux ans, début des accidents à cette époque. Crises d'hydronéphrose intermittente avec débâcle urinaire. Rein lombo-iliaque, volume d'un œuf d'autruche. Urine normale. Crise la veille de l'opération. Néphropexie le 30 mars 1893. Rein couché le hile en haut, longueur de 20 centimètres aplati en langue de chien, flasque, blanchâtre, pas de recherche de coudure. Réunion sans drainage. Guérison. Sortie le 17 avril 1893.

Obs. VII. — *Rein mobile à droite depuis trois ans. Phénomènes d'hydronéphrose intermittente depuis un an. Néphropexie. Guérison* (Hopital Beaujon, pavillon Dolbeau, lit nº 2.)

Femme de 24 ans. Surveillante des hôpitaux. Douleurs dans le flanc droit depuis trois ans. Douleurs paroxystiques sans hydronéphrose intermittente depuis deux ans. A partir du mois de mars 1892, la malade ne peut rester plus de quatre heures debout; elle est obligée de s'étendre, urine abondamment et peut alors reprendre son travail. — Diagnostic : Rein mobile hydronéphrotique, volumineux facilement sensible dans l'échancrure ilio-costale.

Néphropexie le 17 juin 1893. — Rein dilaté en fer à cheval. Le sommet est seul distendu. Guérison. Revue le 12 décembre 1893. Aucun accident depuis l'opération. On ne sent plus le rein.

Obs. IX. — *Rein mobile avec hydronéphrose intermittente droite. Néphropexie. Guérison.* (Maison de santé de la rue Bizet.)

Mme R..., 30 ans, m'est envoyée par M. le Dr Chapplain (de Marseille). Une des sœurs de la malade est atteinte de pyélo-néphrite, une autre de rein mobile avec hydronéphrose intermittente. Douleurs dans le flanc droit depuis quatre ans. Le volume du rein déplacé a notablement augmenté dans ces derniers mois. Jamais d'accès francs de rétention rénale. Son rein est peu abaissé mais du volume de deux poings avec alternative d'augmentation et de diminution, sans accès douloureux mais avec polyurie. MM. Terrier, Championnière, Daremberg et Tuffier portent le diagnostic hydronéphrose intermittente.

M. Tuffier pratique la néphropexie le 31 juillet 1893. Rein peu volumineux au moment de l'opération, aplati en langue de chien. Guérison. Revue le 10 novembre 1893, aucun accident, le rein a repris son volume normal et son extrémité inférieure seule est perceptible.

Obs. X. — *Rein mobile depuis quatre ans. Hydronéphrose intermittente depuis un ans. Néphropexie. Guérison.* (Hôpital Beaujon, salle Huguier, n° 7.)

Catherine M..., 23 ans, souffre depuis quatre ans de la région lombaire droite. Crises d'hydronéphrose intermittente caractéristique depuis un an. Le rein a le volume d'un gros citron. Néphropexie le 14 octobre 1893. Rein en fer à cheval flasque, long, pédicule permettant de le sortir par la région lombaire. Guérison sans incident.

Obs. XI. — *Hydronéphrose intermittente et rein mobile à droite. Néphropexie. Guérison* (Hôpital Beaujon, salle Huguier, n° 24.)

G..., lingère, 23 ans. Le début des accidents douloureux remonte à un an. Crises très violentes, alternatives d'oligurie et de polyurie. Son rein droit est du volume des deux poings et descend jusque dans la fosse iliaque droite. Néphropexie lo 6 novembre 1893. — Rein hydronéphrotique flasque, blanchâtre, descendant jusque dans la fosse iliaque. Guérison.

Obs. XII. — *Grosse hydronéphrose intermittente d'un rein mobile droit. Guérison.* (Hôpital Beaujon, pavillon Dolbeau, lit n° 7.)

C... (Marie). Phénomènes douloureux survenus en juillet 1893, mais longtemps après l'apparition d'une tumeur lombo-abdominale droite. Alternatives d'oligurie et de polyuri depuis cette époque. Entrée à l'hôpital pendant une crise d'anurie absolue. Hydronéphrose intermittente typique s'étant remplie et vidée sous nos yeux.

Néphropexie le 18 novembre 1893. — Rein et bassinet du volume des deux poings, en fer à cheval. Uretère normal. Coudure redressable pendant l'opération à 3 centimètres du hile. Le rein diminue de volume pendant les manœuures dues à l'opération. Guérison.

Obs. XIII. (Communiqué par le Dr Maunoury, de Chartres; résumée). — *Hydronéphrose prise pour un kyste paraovarien. Laparotomie. Néphrectomie. Rupture du kyste pendant l'opération.*

Femme de 32 ans. Début des douleurs lombaires, il y a huit ans. Pas d'hydronéphrose intermittente, mais douleurs avec exacerbations. 2 fausses couches en 1892. Ponction du kyste le 21 mars 1893. Reproduction de la tumeur dès le 26 mars, opération le 18 novembre. Pendant la chloroformation la tumeur disparaît en partie. Laparotomie; on trouve derrière les 2 feuillets du péritoine un œdème énorme et en arrière une poche flasque qui isolée est reconnue pour le rein, rupture de l'uretère pendant l'isolement de la poche. Ablation, drainage,

guérison. Dans la poche le rein très dilaté est bien reconnaissable, L'uretère est normal à 2 centimètres au-dessous du hile.

M. Doyen (de Reims) lit un travail relatif à un grand nombre de faits d'hystérectomie, soit vaginale, soit abdominale. (Commission : MM. Lucas-Championnière, Bouilly et Quénu, rapporteur.)

M. Lejars lit un travail relatif à deux cas d'hystérectomie pour prolapsus utérin. (Commission : MM. Reclus, Peyrot et Quénu, rapporteur.)

Présentation de malade.

M. Michaux présente deux malades, tous deux cavaliers et atteints de lésions traumatiques des muscles adducteurs. Chez le premier, il existait un ostéome à la partie inférieure du muscle moyen adducteur guéri par l'extirpation. Le second présentait une hernie du moyen adducteur par éraillure de l'aponévrosé, sans altération du muscle, ainsi qu'a permis de le constater l'opération. Celle-ci a consisté en résection du faisceau hernié et suture des lèvres de la boutonnière aponévrotique. La marche de la plaie n'a pas été tout à fait aseptique et il s'est produit un peu de récidive.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 13 décembre 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Ostéosarcome du tibia*, par M. Lecerf (de Valenciennes) (M. Gérard-Marchant, rapporteur) ;

3° Observations : (a) *d'hydrocèle péritonéo-vaginale à fermeture supérieure ; (b) de kyste hydatique intra-hépatique profond traité par la méthode rapide légèrement modifiée*, par M. Brault (d'Alger) (M. Picqué, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

Ruptures musculaires. Ostéomes des cavaliers. Hernie musculaire.

M. Michaux. J'ai eu l'occasion d'observer cette année, dans le service de M. Labbé à l'hôpital Beaujon, deux malades atteints de lésions musculaires encore discutées dans leur nature et dans leur traitement.

De ces deux malades, l'un est un type de rupture musculaire, avec allure de pseudo-hernie musculaire et petit ostéome comme on en a signalé chez les cavaliers, l'autre est un type de hernie musculaire vraie.

Les deux malades ont été opérés avec soin et indépendamment de l'intérêt qui s'attache au très petit nombre de ces opérations, il m'a été donné de faire quelques remarques anatomo-pathologiques intéressantes puisqu'il n'existe que quelques examens tout à fait récents des hernies musculaires.

Obs. I. — Le nommé A... (A.), 22 ans, employé de commerce, entre le 21 septembre 1893, salle Blandin n° 16 dans le service de M. L. Labbé pour une tumeur du volume d'un œuf siégeant à la partie inférieure du moyen adducteur de la cuisse droite.

Ce garçon fort et vigoureux nous raconte l'histoire suivante : Il était au 15e régiment de chasseurs à cheval depuis cinq mois, lorsqu'un jour, en descendant de cheval, il remarqua une vaste ecchymose occupant toute la partie interne de la cuisse droite. — Le médecin-major lui donne un repos de cinq jours. — Au bout de ce temps, il veut remonter à cheval, mais éprouve une vive douleur et s'aperçoit pour la première fois de l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, surtout manifeste par la contraction musculaire des adducteurs.

Repos à l'infirmerie pendant quarante-cinq jours. Au bout de ce temps, il ne peut monter à cheval ; on l'envoie à l'hôpital de Saint-Mihiel où le chirurgien de service porte le diagnostic de rupture musculaire du moyen adducteur. Le malade est réformé ; 10 jours après il entre dans notre service. Couché, tous les muscles dans le relâchement, il présente à la partie antéro-interne de la cuisse droite, un peu au-dessus et en dedans de la pointe du triangle de Scarpa une petite tumeur assez résistante qui semble faire corps avec la partie inférieure du moyen adducteur.

La distension passive ne fait pas disparaître la tumeur. La contraction augmente sa saillie sous la peau et sa consistance.

Il n'y a pas d'expansion par la toux, pas de tension profonde dans les régions crurale ou obturatrice, nous rejetons immédiatement l'idée d'une hernie crurale profonde ou obturatrice, et, en raison de l'histoire très nette que nous raconte le malade, nous portons le diagnostic de *rupture du moyen adducteur*.

Le malade est gêné dans la marche, mais il ne boîte pas ; par contre les efforts d'adduction sont assez pénibles et douloureux pour lui faire réclamer une intervention chirurgicale que nous pratiquons avec grand soin le 30 septembre 1893, heureux de l'occasion qui nous est offerte de vérifier l'état des muscles et aponévroses.

Sur le milieu du moyen adducteur, une grande incision de 15 centimètres dans le but de voir bien clair nous conduit, *à travers une aponévrose intacte*, sur une tumeur du volume d'un gros œuf de poule faisant corps avec le muscle moyen adducteur. — Cette tumeur est si arrondie, si tendue, si blanche même au niveau de son point culminant que nous croyons momentanément avoir affaire à une production kystique ou hématique développée autour d'un petit ostéome musculotendineux que nous sentons bien nettement à la partie inférieure de la tumeur au voisinage de l'insertion musculaire. — Une incision sur la masse nous prouve de suite que la tumeur est exclusivement musculaire. — Je la dissèque avec grand soin surtout à sa partie inférieure, immédiatement contiguë aux vaisseaux fémoraux; la partie supérieure est sectionnée sans hémorragie appréciable. Nous constatons alors nettement qu'il s'agissait de la rupture des 3/4 du moyen adducteur; le faisceau supérieur est intact. — Quant à la masse elle-même que je vous présente, elle est exclusivement formée par les fibres musculaires rompues et par un petit ostéome d'un centimètre à peine de longueur qui pénètre la tumeur dans sa partie inférieure, environné de toutes parts par du tissu fibreux, aux dépens duquel il s'est bien vraisemblablement formé.

Je laisse dans la plaie une mèche de gaze iodoformée pour tenir momentanément la place du muscle enlevé. Je suture l'aponévrose avec soin, sauf à la partie inférieure où sort la mèche, et les lèvres de l'incision cutanée sont rapprochées au crin de Florence. Réunion par première intention sans le moindre incident. Le malade est tenu au repos pendant un mois. Le 24 octobre il sort de l'hôpital bien guéri.

Nous venons de le revoir : sa cicatrice est parfaite au repos; l'épreuve de la distension passive détermine à peine une légère dépression dans la région opérée; la contraction active libre (adduction sans obstacle) ne produit pas de saillie appréciable et la contraction active empêchée (adduction entravée) donne les mêmes résultats négatifs.

Je ne veux pas insister longuement sur ce fait, je me bornerai à faire ressortir :

1° Les relations bien évidentes qui existent entre l'ostéome des cavaliers et les ruptures musculaires.

2° L'allure herniaire présentée par la rupture et tenant certainement à la sorte de réinsertion qui s'est produite par la cicatrisation.

3° Les bons résultats du traitement.

Le second malade dont j'ai à vous entretenir est porteur d'une affection plus rare qui a été presque niée, je veux parler de la *hernie musculaire vraie*. Voici l'histoire de cet homme :

Obs. II. — D..., Hippolyte, âgé de 27 ans, est entré dans notre service le 5 août 1893, pour une tumeur de la partie supérieure et interne de la cuisse, dont il s'est aperçu il y a trois mois environ. C'est au mois de mai que le malade a ressenti les premiers troubles : à la fin de la journée, il éprouvait une légère douleur ou plutôt une sorte d'engourdissement à la partie supéro-interne de la cuisse gauche; cet engourdissement s'accompagnait parfois, suivant l'expression même du malade, d'une sensation de brûlure qui s'étendait à toute la partie supérieure de la cuisse. En même temps, D... constata dans cette région une petite grosseur qui s'accrut insensiblement.

Les phénomènes douloureux se produisaient surtout à la fin de la journée de travail, particulièrement lorsqu'il portait une charge sur l'épaule gauche, ce qui lui arrivait souvent. La fatigue et la douleur augmentant peu à peu, le malade se décide à entrer à l'hôpital. Il est placé dans le service de M. Labbé, salle Blandin, n° 10. A son entrée à l'hôpital, je constate à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule occupant la partie moyenne du moyen adducteur. Cette tumeur est indolente, irréductible par pression, de consistance moyenne, plutôt molle, quand les muscles sont dans le relâchement. Elle est mate à la percussion, mal limitée en haut et en bas.

Si on vient à écarter le membre inférieur de la ligne médiane (*épreuve de la distension passive*), la tumeur diminue de volume sans disparaître totalement. Si on commande au malade de rapprocher la cuisse, on voit la tumeur *grossir*, durcir, sans remonter bien sensiblement. Si on empêche la contraction d'être suivie d'effet utile, en maintenant les genoux écartés, la tumeur ne paraît pas augmenter de volume. Je signale le fait sans chercher à l'interprêter, et en appelant l'attention d'autres observateurs sur ce point qui paraît d'une observation délicate et difficile et d'une interprétation plus difficile encore.

Nous écartons facilement le diagnostic de hernie crurale profonde ou pectinéale, et de hernie obturatrice et nous portons le diagnostic de hernie musculaire ou de fausse hernie, puisque nous croyions peu à la hernie vraie, nous basant sur les travaux de M. Farabeuf.

Les antécédents viennent à l'appui de ce diagnostic. D... s'est engagé dans la cavalerie, il a fait son temps de service aux chasseurs à cheval à Verdun, il est sorti brigadier. Il n'était pas monté à cheval avant d'entrer au régiment; ses classes ont été laborieuses, mais il n'a jamais observé la moindre rupture musculaire, la plus petite ecchy-

mose. Il est resté cinq années entières à son régiment. Dans tout ce temps il n'a été malade que deux mois en 1890 ; il a été soigné à l'hôpital pour une bronchite et pleurésie dont il ne paraît avoir conservé aucune trace.

Il quitte le service en janvier 1891, entre comme journalier dans une maison importante, et porte de gros fardeaux. Ce n'est qu'au bout de deux ans et demi qu'il s'aperçoit de troubles et de l'existence de la tumeur qu'il porte dans la région musculaire. Cette tumeur est survenue lentement, sans douleur brusque ; j'insiste sur ce point, il n'y a eu ni la douleur, ni l'ecchymose, ni le développement brusque des ruptures et même de certaines hernies musculaires vraies.

L'occasion se présentait donc de vérifier les travaux de M. le Dr Choux sur le traitement des hernies musculaires et de savoir à quelle affection nous avions exactement à faire. Le 16 août, je pratique l'opération sous chloroforme avec les précautions d'usage. Longue incision cutanée suivant l'axe du moyen adducteur. Le tissu cellulaire divisé, je tombe sur une saillie musculaire indiscutable constituée par un gros faisceau du moyen adducteur du volume du doigt. Ce faisceau n'est pas recouvert d'aponévrose ; celle-ci ne présente pas non plus de boutonnière nette ; elle est manifestement amincie, et on voit seulement sur les bords de la tumeur quelques faisceaux fibreux qui témoignent de l'usure aponévrotique incontestable.

Je résèque le faisceau hernié sur une étendue de 6 à 7 centimètres, il a le volume de l'index et ne présente aucune trace de rupture, aucune lésion macroscopique apparente. Il est seulement plus long que les faisceaux voisins. Les deux extrémités de ce faisceau sont liées au catgut. La résection terminée, je me trouve en présence d'une petite gouttière musculaire et [pour donner de la solidité à la cicatrice, j'en enserre largement les deux bords dans une suture en surjet continue avec un gros fil de soie plate qui se trouve ainsi rapprocher et même recroqueviller en dedans les deux bords de la solution de continuité opératoire. Le résultat immédiat est idéal. Je prends ensuite largement l'aponévrose et j'en rapproche les deux lèvres par un autre surjet à la soie. Suture superficielle au crin de Florence.

Malheureusement malgré l'ébullition préalable, la soie que j'avais employée provoqua un abcès qui fut ouvert le 20 août à la partie inférieure de la plaie première et nécessita même une contr'ouverture plus haut et plus en dedans. Pendant quelque temps, il persista un peu de suppuration et, le 15 septembre, on retira tout entier le fil qui avait servi au surjet musculaire et qui avait été l'origine de tous les accidents.

Dans les premiers jours d'octobre, le malade nous quittait guéri pour aller à Vincennes. Je l'ai repris dans le service pour étudier les résultats de l'opération et vous présenter le malade.

Vous allez le voir avec une cicatrice de 10 à 12 centimètres occupant l'axe du moyen adducteur.

Au repos, il n'y a d'autre saillie qu'un léger plissement ou froncement cutané plus accusé au point où s'est ouvert l'abcès d'évacuation du fil de soie.

Le malade couché, l'épreuve de la distension passive provoque la disparition de la faible saillie cutanée et détermine la formation d'une dépression répondant à la région opérée. La contraction active, libre, du moyen adducteur se fait irrégulièrement, par faisceaux qui se dessinent successivement sous la peau ; en même temps apparaît une saillie musculaire faible, plutôt molle que résistante et en somme nullement comparable à ce qui existait antérieurement. Lorsque la contraction active est empêchée, la saillie que je viens de signaler m'a paru un peu plus dure, mais beaucoup plus grosse.

J'ajoute que le malade marche bien, qu'il ne souffre plus et que le résultat est très satisfaisant; n'était cette légère saillie persistante, je dirais qu'il est parfait.

Tels sont les deux faits que je désirais vous communiquer et à propos desquels je voudrais étudier devant vous la double question de l'existence des hernies musculaires et de la thérapeutique qu'il convient de leur appliquer, ainsi qu'aux ruptures musculaires et aux ostéomes musculaires.

I. — *De l'existence des hernies musculaires vraies.*

La hernie musculaire et la rupture musculaire ont été longtemps confondues dans une même description. Le rapport de mon maître le professeur Farabeuf et les discussions qui l'ont suivi en 1881 à la Société de chirurgie ont nettement établi que la hernie musculaire existait, mais qu'elle était plus rare que la rupture musculaire, qui emprunte souvent en partie son allure symptomatique et que l'on désigne plus justement sous le nom de pseudo-hernie.

Bien que ces travaux aient fait loi dans la science et soient aujourd'hui admis par tous les chirurgiens, quoique cette opinion soit aujourd'hui classique, comme le prouvent les articles de M. Reclus dans le *Manuel de pathologie externe* et de notre collègue Lejars dans le *Traité de chirurgie*, la ligne de démarcation qui sépare ces deux affections n'est peut-être pas encore suffisamment tranchée, et il me semble nécessaire de préciser les caractères anatomiques de ces deux lésions, afin d'éviter désormais une confusion regrettable.

Dans ce but, j'ai relu soigneusement et annoté les quarante observations relatées tant dans le travail fort complet que notre collègue M. Nimier a publié dans les *Archives générales de médecine* (août 1882) sous ce titre : « De la hernie et de la pseudo-hernie musculaires », que dans celui de M. le médecin-major Choux, *Revue de chirurgie* (juin 1893), travail intitulé : « De la cure radicale des hernies musculaires ».

Si j'y ajoute une observation de notre collègue Hartmann parue

également dans la *Revue de chirurgie* (juin 1893) et l'observation que je viens de vous rapporter, cela fait un total de quarante-deux faits assez dissemblables qu'une analyse attentive décompose de la manière suivante :

1° Six ou sept observations de hernies musculaires ou qualifiées telles après vérification opératoire ;

2° Cinq ou six observations de tumeurs musculaires apparues insidieusement et dont les symptômes ne permettent guère de nier la nature herniaire vraie ;

3° Une dizaine de cas à début brusque, avec douleur syncopale et souvent gonflement du membre, cas décrits jusqu'ici comme des hernies vraies ;

4° Sept à huit faits de rupture non douteuse ;

5° Enfin une dizaine de faits trop anciens ou trop dépourvus de renseignements précis pour permettre de les utiliser dans cette discussion.

Le total des observations pouvant servir à la discussion reste donc à vingt-deux ou vingt-quatre observations, comprenant deux catégories de faits bien distincts :

1° Une douzaine de faits de tumeur musculaire survenue insidieusement, sans douleur brusque, sans gonflement ;

2° Et à peu près autant de cas présentant, au contraire, ce début brusque qui est aussi celui de la rupture, mais que leurs autres symptômes ont fait ranger jusqu'à présent dans la catégorie des hernies musculaires.

Pour la première catégorie, Messieurs, le doute ne me paraît pas pouvoir exister. Si notre collègue Hartmann, dans une petite note annexée à son travail, a mis assez justement en doute la nature herniaire vraie des deux cas de Giess, il ne saurait en être ainsi ni pour l'observation de M. Nimier, ni pour celle de M. Gazin, ni pour celle de M. Choux, ni pour la mienne. J'ai opéré très largement mon malade pour bien voir ; il n'y avait sur les faisceaux musculaires herniés aucune cicatrice indiquant une rupture ancienne.

Il y a donc des faits anatomiques certains, établissant la possibilité et l'existence de *hernies musculaires vraies*, c'est-à-dire de tumeurs formées par une portion de muscle intact, non rompu, à travers une boutonnière aponévrotique accidentelle de dimension variable.

Cette lésion a, du reste, été reproduite expérimentalement sur des animaux par notre collègue Guinard, qui a publié ses recherches dans la *Gazette hebdomadaire* de 1888 : Si, à la surface d'un muscle long et non adhérent à sa gaine, comme le demi-membraneux du lapin, on enlève un lambeau d'aponévrose, et si on vient à rap-

procher le plus possible et rapidement les deux insertions du muscle, la hernie musculaire se produit avec ses caractères cliniques.

Quant à la seconde catégorie de faits, comprenant les cas à début brusque avec douleur syncopale, craquement attribué à la rupture de l'aponévrose, gonflement et apparition plus ou moins rapide d'une tumeur musculaire, il faut, je crois, discuter davantage.

Il manque à ces faits une vérification anatomique, et d'autre part un muscle partiellement rompu peut se cicatriser et se présenter avec l'allure d'une hernie vraie. Je ne crois donc pas que, dans l'état actuel de nos connaissances, ces faits puissent être rangés parmi les hernies et qu'on puisse les utiliser pour établir l'histoire de cette affection.

Deux fois seulement, dans des conditions toutes spéciales, on a observé au cours d'une opération la rupture de l'aponévrose et la hernie du muscle, et, dans ces deux cas, il y a eu un traumatisme. Un de ces faits est la première observation de Giess, parue dans le *Berliner klinische Wochenschrift* du 15 mars 1886. Il s'agit d'un ouvrier atteint d'une hernie du jambier antérieur, à la suite d'un coup de pied violent porté sur la face antérieure de la jambe.

L'autre fait est l'observation de M. Hartmann citée plus haut, et dans laquelle il a constaté et suturé une rupture aponévrotique du fascia lata avec hernie du vaste externe de la cuisse, survenue consécutivement à une fracture compliquée du fémur résultant d'une chute du cinquième étage. Notre collègue n'a observé ni noté aucune cicatrice de rupture ; mais il n'a pas soigné le malade lors de sa fracture, et il est possible qu'il y ait eu des ruptures musculaires produites de dehors en dedans par un des fragments du fémur si violemment fracturé.

Je ne veux pas abuser de vos instants, et de cette discussion importante je voudrais seulement tirer les conclusions suivantes :

La hernie musculaire à évolution insidieuse est seule bien établie par des faits anatomiques certains. Anatomiquement, si on s'en rapporte aux faits observés jusqu'à présent, elle est caractérisée par un fait déjà signalé par Dupuytren et sur lequel Follin avait justement insisté : l'*usure des aponévroses.* Cette lésion était très nette dans mon observation et dans celle de M. Gazin. Dans son observation, M. Choux nous dit que l'aponévrose jambière ne présente pas de déchirure, ni la moindre solution de continuité, mais un peu d'amincissement par élongation de ses fibres longitudinales ; il ajoute plus loin : « Bien que n'ayant pas été jusqu'à l'usure et la perforation, la distension de l'aponé-

vrose a abouti à une lésion entraînant, au point de vue fonctionnel, les mêmes troubles que la déchirure aponévrotique. »

Quant au muscle, il ne présente pas de lésion macroscopique appréciable. Y a-t-il *élongation de la fibre musculaire?* Seul l'examen soigné histologique et spectroscopique de deux faisceaux voisins, l'un hernié, l'autre sain et non hernié permettrait peut-être de trancher la question.

Quant aux hernies traumatiques et aux hernies musculaires à début brusque, il me semble sage, jusqu'à ce qu'on ait produit des faits anatomiques certains, de ne pas les ranger dans les hernies vraies et de ne pas créer pour eux des variétés spéciales.

L'histoire pathologique de la hernie et de la rupture musculaire me paraît gagner beaucoup à cette véritable mise au point.

II. — *Du traitement chirurgical des hernies musculaires et de son application aux ruptures de ce tissu et aux ostéomes des cavaliers.*

Je serai plus bref sur la seconde question que j'ai soulevée, car cette question se trouve déjà tranchée par le mémoire de M. le médecin-major Choux, mémoire récompensé d'une part du prix Laborie de notre Société en 1892 et publié dans la *Revue de chirurgie* de juin 1893.

La lecture de ce travail démontre l'insuffisance des procédés palliatifs, appareils de compression de toutes sortes, compresses graduées, cuissarts lacés, cuissarts élastiques, pelotes de caoutchouc, etc.

Il ne reste plus aujourd'hui que le traitement chirurgical, et il ne me paraît pas douteux qu'il doive être compris ainsi que l'a fait notre collègue de l'armée et comme je l'ai fait moi-même.

1° Incision large de la peau suivant le grand axe du muscle pour bien observer la lésion dans toute son étendue.

2° Résection large du faisceau musculaire hernié, qui sera lié à ses deux extrémités par un gros fil de catgut.

3° Suture musculaire par six à huit points séparés avec un gros catgut ou un fil de soie soigneusement stérilisé. Cette suture doit rapprocher les deux lèvres de la gouttière formée par la résection large du faisceau hernié et comprendre dans son épaisseur une notable partie du muscle.

4° Suture isolée de l'aponévrose à la soie. L'avivement de l'aponévrose amincie ne me paraît pas très utile, et je crois qu'il suffit de mettre les points assez loin des bords de la boutonnière pour avoir prise sur des faisceaux fibreux suffisamment résistants.

5° Suture mixte en partie profonde, en partie superficielle des téguments avec les crins de Florence.

6° Repos prolongé de trois semaines environ pour assurer le résultat.

Résultats. — L'opération ainsi conduite, quels seront les résultats ?

Les quelques faits observés jusqu'ici nous permettent déjà de répondre à cette question. Je le ferai brièvement. L'opération a donné un succès complet à Giess et à M. Choux. Je dirai même que le fait de M. Choux doit être admis seul, car la deuxième observation de Giess, où ce chirurgien a obtenu un succès, a tous les caractères d'un fait de rupture. Je ne crois pas qu'il faille toujours compter sur un résultat absolument parfait.

Au point de vue fonctionnel, sans doute les résultats seront toujours satisfaisants ; le malade pourra se servir de son membre ; il n'aura plus les troubles fonctionnels de sa hernie, les douleurs, la fatigue croissante, les crampes qu'il éprouvait antérieurement. C'est là le point essentiel, et cela suffit pour justifier l'opération.

Mais, au point de vue esthétique, il y a des réserves à faire : Il y a eu amélioration fonctionnelle, mais récidive légère dans les cas de Sellerbeck, de M. Gazin, et vous pouvez voir que mon malade présente, lui aussi, à la partie supérieure de la cicatrice, une légère saillie dénotant une tendance à la récidive. C'est encore ce qui est arrivé au malade de M. Hartmann. C'en est assez, à coup sûr, pour laisser entrevoir que ces faits seront assez nombreux. Je ferai remarquer que j'ai, comme M. Choux, réséqué largement et suturé avec grand soin le muscle et l'aponévrose ; je sais bien que le fil de soie que j'ai employé n'était point absolument aseptique et qu'il a provoqué quelques accidents ; mais je crois néanmoins que l'on verra souvent se produire des récidives légères, alors même que les suites opératoires auront été parfaites.

Si le résultat fonctionnel n'était pas aussi bon, l'opération serait discutable ; mais comme tous les opérés, sauf le premier de Giess, ont obtenu le soulagement complet de leur gêne et de leurs douleurs, je persiste à dire que l'opération est bonne, qu'il faut la faire. Seulement il est bon d'être prévenu que le résultat esthétique ne sera pas toujours parfait.

Cette notion empêchera le chirurgien de tromper les malades et lui fera prendre toutes les précautions possibles pour assurer le succès définitif de l'opération.

La question du traitement chirurgical des ruptures musculaires anciennes n'a pas encore été posée directement ; mais elle est ab-

solument liée à la précédente, elle est justiciable des mêmes procédés et des mêmes remarques.

Du reste, au moins un des deux faits de Giess, le deuxième, paraît être une rupture musculaire, et la première observation que je vous ai apportée tout à l'heure démontre que la résection large du faisceau rupturé et de la fausse hernie donne un excellent résultat. On suturera séparément l'aponévrose déchirée ou incisée; on aura soin de relier cette suture aux parties musculaires conservées et de diminuer la capacité de la gaine.

Il est évident que si la rupture était trop considérable, qu'elle portât sur un muscle qui remplit seul certaines fonctions, on ne ferait pas de résection de la fausse hernie; mais dans un muscle épais, doublé de muscles voisins ayant sensiblement la même action, comme les adducteurs, le jambier antérieur, l'opération me paraît défendable. Elle m'a donné un bon résultat.

Discussion.

M. Delorme. J'ai examiné le malade que M. Michaux nous a présenté dans la dernière séance et qu'il a, à son dire, traité pour une hernie musculaire, avec d'autant plus d'intérêt, que je devais aujourd'hui même vous montrer un soldat opéré pour une lésion semblable, et chez lequel j'ai noté quelques données diagnostiques anatomo-pathologiques et thérapeutiques qui me semblent dignes d'être relevées.

Il y a huit mois, ce malade, jeune soldat au 27e dragons, en sautant sur la croupe de son cheval, les cuisses fortement écartées, éprouva une douleur à la face interne de chaque cuisse, surtout à gauche. Cette douleur, sur le moment assez vive, cessa bientôt pour faire place à une sensation de gêne et de lassitude qui n'empêcha pas ce malade de continuer, les jours suivants, ses exercices violents de cavalier.

Il ne constata tout d'abord rien d'anormal dans la région malade : ni tuméfaction, ni ecchymose, et ce n'est que deux mois plus tard, accidentellement, en mettant son pantalon, qu'il s'aperçut de la présence d'une tuméfaction de la cuisse gauche qui avait le volume et le siège actuels.

Comme vous pourrez le constater, sur le trajet du moyen adducteur, commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale, existe une tuméfaction régulièrement globuleuse de 8 centimètres de longueur sur 8 de largeur, faisant, à certains moments, une saillie de 3 à 4 centimètres environ.

Cette tumeur, mobile dans le sens transversal seulement, est rénitente, pâteuse quand la cuisse malade est rapprochée de la cuisse saine; ses limites sont alors un peu indécises; elle se tend, durcit et fait déjà une saillie un peu plus nette quand on porte le membre en

abduction, mais c'est surtout dans l'adduction volontaire, le membre laissé libre ou, au contraire, maintenu pour s'opposer à l'effet de la contraction, ou enfin pendant l'électrisation directe, que la tumeur prend son volume le plus considérable, 8 centimètres sur 8. Elle se durcit alors au maximum et présente une consistance égale ou supérieure à celle d'un muscle contracté.

Pendant la contraction du moyen adducteur, elle ne change pas de place. Si on la palpe à ce moment, elle n'offre pas d'intervalle dépressible, de gouttière, et au-dessus comme au-dessous d'elle, le muscle a, pendant le repos ou l'effort, une consistance molle ou dure semblable à la consistance de la tuméfaction.

Elle est irréductible, et, par la palpation de sa surface, on ne sent pas d'anneau aponévrotique à rebord saillant ou d'irrégularités. J'ajouterai, pour terminer, que la circonférence de la cuisse, au-dessus, au niveau ou au-dessous de la tumeur, est égale à celle du côté sain au même point, que la tuméfaction n'est pas douloureuse spontanément, qu'elle ne l'est qu'à la pression et que le malade accuse un certain degré d'impotence du membre gauche.

Avais-je affaire, chez ce malade, comme l'avait pensé le médecin qui me l'adressa, comme je le crus un instant comme l'avait admis M. Michaux chez son deuxième opéré, en tout semblable à mon malade, à une hernie musculaire? L'absence, à la palpation, d'une ouverture aponévrotique, de réductibilité de la masse saillante; le fait que la tumeur *à la fois durcissait et grossissait* pendant la contraction du muscle, au lieu de *diminuer de volume tout en durcissant*, comme dans les hernies musculaires vraies, ainsi que l'ont prouvé les recherches de Farabœuf et les expériences de M. Guinard, me firent rejeter ce diagnostic.

Puisque la tuméfaction de la hernie musculaire vraie ne peut se produire pendant la contraction du muscle, alors que les faisceaux musculaires n'éprouvent à leur saillie aucun obstacle de la part d'une aponévrose largement rompue, il me paraissait, d'un autre côté, peu plausible d'admettre une tuméfaction musculaire liée à un simple affaiblissement, à des ruptures toutes partielles de l'aponévrose crurale. Il ne me restait donc plus guère qu'à m'arrêter au diagnostic de fausses hernies, à penser à ces tumeurs que Farabœuf, lors de la discussion de 1881, qui fait époque dans l'histoire des hernies musculaires, a rattachées à la rupture musculaire, et que nos classiques considèrent « comme formées par un muscle rompu partiellement ou totalement et engagé à travers son aponévrose, également déchirée ». C'est ce que je fis, tout en reconnaissant, comme j'avais déjà eu bien des fois occasion de le faire, combien les caractères de la tuméfaction observée différaient de ceux attribués communément à cette rupture. En effet, des

douleurs vives, ecchymose, début brusque ou rapide de la tuméfaction, double bosselure arrondie, séparée par une gouttière, saillie du fragment supérieur et flaccidité du fragment inférieur pendant les contractions, de ces signes de la rupture ou fausse hernie, je ne relevais que la tuméfaction persistante, molle pendant le repos du muscle, dure et saillante pendant la contraction du muscle, la douleur locale et l'origine traumatique.

La rupture, si rupture il y avait, était donc partielle et profonde, puisque, par la palpation très attentive de la masse, on ne sentait aucune irrégularité de sa surface.

Si j'ai insisté un peu complaisamment sur ces détails cliniques, c'est que chez ce malade, lequel est semblable à toute une série d'autres malades que j'ai eu l'occasion d'observer à l'Ecole de cavalerie de Saumur, où ces accidents sont fréquents, et à ceux que j'ai vu depuis, à maintes reprises différentes, dans nos hôpitaux, c'est que chez ce malade, ces signes sont un peu différents de ceux que l'on attribue ordinairement à la rupture. Ce n'est qu'une fois ou deux, sur huit ou dix cas, que j'ai constaté la gouttière interfragmentaire et l'ascension du segment supérieur, signe sur l'importance duquel on insiste tant, tout particulièrement, pour le diagnostic.

D'après mes observations, les ruptures du moyen adducteur seraient donc plus souvent des ruptures partielles que des ruptures totales, et elles se caractériseraient comme dans le cas présent et dans celui de M. Michaux, par une tuméfaction molle pendant le repos du muscle et dure pendant sa contraction.

Tout en admettant ce diagnostic de rupture partielle, j'avoue que je m'expliquais très mal le volume considérable de la tuméfaction représentée, je le répète, par une saillie de 3 à 4 centimètres en épaisseur et des dimensions verticales et transversales de 8 centimètres et pour m'aider à me rendre compte de ce volume, je n'avais guère d'indications, car cette question n'a pas encore assez fixé l'attention. On se contente, en effet, d'ordinaire d'expliquer la formation de la masse saillante par la contraction isolée du fragment supérieur, ce qui était inadmissible chez mon malade.

Il faut le dire, d'ailleurs, les occasions de constater, de visu, les lésions qui relèvent de ces ruptures partielles n'ont pas été jusqu'ici fréquentes. C'est ce qui augmente l'intérêt de l'observation de mon malade, de celui que M. Michaux a présenté à la Société et de quelques autres.

Je proposai à cet homme une intervention destinée à le débarrasser de sa tumeur quelque peu gênante. Il l'accepta. Je la pratiquai, il y a un mois, en présence de mes collègues, M. le pro-

fesseur Robert et M. le professeur agrégé Mignon, que ce cas avait intéressés.

Une incision de 12 centimètres, longitudinale, me fit voir un tissu cellulaire intact, *une aponévrose absolument saine*, ni rompue, ni éraillée, ni même affaiblie.

Je m'arrête à ce détail important, car il vient à l'encontre de ce qu'on admet sans conteste, à savoir que ces fausses hernies musculaires sont accompagnées de rupture de l'aponévrose. C'est la définition des classiques.

M. Michaux nous dit avoir, sur son malade, trouvé l'aponévrose distendue, affaiblie. Comme cet homme ressemble absolument au mien, il me permettra de penser et de dire que cet affaiblissement n'était pas la cause principale de cette tuméfaction, puisque je l'observais identique dans un cas où l'aponévrose avait sa résistance normale.

L'aponévrose sectionnée, j'incise le muscle longitudinalement, à 3, puis 4, puis 5 centimètres de profondeur et je suis surpris, avec mes collègues, de le trouver remarquablement sain : pas la plus petite trace d'hémorragie ancienne, pas la plus petite solution de continuité, pas de myosite caractérisée par le changement de coloration ou de consistance du muscle. Celui-ci était à tel point normal, que je ne crus pas devoir conserver le fragment que j'avais excisé en vue d'un examen microscopique. Nous ne trouvions donc pas la raison matérielle de la tuméfaction du muscle dans des modifications de ses fibres, quand, prolongeant mon incision plus profondément, jusqu'aux attaches tendineuses, mes collègues et moi nous distinguâmes et sentîmes surtout des masses dures, épaisses de plusieurs centimètres, correspondant à toute la longueur de la tumeur, siégeant aux insertions du muscle et du tendon et *continues* avec l'un et l'autre; masses dures, fibreuses, fournies vraisemblablement par les caillots concrets, vestiges de l'épanchement primitif, et par des produits fibreux et osseux provenant de la réparation de la rupture musculo-tendineuse. Ces masses étaient épaisses de 2 à 3 centimètres.

Comme, pour abraser ces masses, il m'eût fallu enlever la presque totalité des insertions du moyen adducteur, au détriment de son fonctionnement ultérieur, je terminai là mon opération et réunis par des sutures muscle et aponévrose. La plaie guérit par première intention, mais mon malade, et la chose allait de soi, est aujourd'hui ce qu'il était avant l'opération.

Des causes supposables de la tuméfaction musculaire, rupture ou relâchement de l'aponévrose, rupture du muscle à ses attaches, et contraction du bout supérieur, épanchements inter-musculaires, transformés ou non suivant l'époque de l'examen du malade, myo-

site interstitielle, production successive, *progressive* de dépôts fibrineux et scléreux que leur profondeur avait à peine permis de soupçonner chez mon malade pendant l'examen, c'était à la dernière cause qu'il fallait en grande partie rattacher le relief musculaire dont le développement avait été progressif comme celui de ces masses. Ces dernières refoulaient directement le muscle même à l'état de repos, mais ce n'était pas là la seule raison de cette tuméfaction, car elles n'avaient, comme je l'ai dit tout à l'heure, que 2 centimètres environ d'épaisseur et elles ne pouvaient expliquer une saillie de 4 centimètres.

Lors de la découverte de la masse musculaire, sous le chloroforme, je fus surpris comme l'avait été Le Fort, dans un cas qu'il a cité en 1881, comme je l'avais été moi-même l'année dernière dans un fait absolument semblable au sien, je fus surpris par une diminution très notable de cette masse musculaire. Il semblait donc légitime d'admettre qu'à la propulsion mécanique s'ajoutait ici un état de crampe, de contracture continue de fibres herniées. Des faits ultérieurs nous montreront la part qu'il faut attacher à ces mécanismes de production de la tuméfaction dans les ruptures partielles ou fausses hernies.

Je m'arrêterai, pour terminer, sur un point relatif au traitement. Que, dans les ruptures totales ou à peu près complètes, quand il y a séparation du muscle en deux portions, on réunisse rapidement par la suture les deux segments séparés, qu'on porte des fils à suture sur l'aponévrose également rompue, l'intervention est ici fort rationnelle, car elle permet d'éviter ou d'atténuer les dégénérescences du faisceau inférieur qu'a montrées Hayem dans ses expériences; que, d'un autre côté, dans certains cas d'hématome ou d'ostéomes consécutifs à ces ruptures, on procède à l'ablation des masses volumineuses et gênantes, l'opération est encore ici indiquée, mais quand on est en présence d'une rupture partielle analogue à celle que j'ai eu à traiter, est-il sage d'intervenir dans tous les cas et sans réserve.

M. Michaux, dans son cas de hernie que je considère comme un exemple de rupture partielle, a fait cette excision musculaire; moi-même j'ai fait, chez mon malade, cette excision ; chez le malade de M. Michaux, la tuméfaction reste saillante après l'opération, et quant à mon opéré il est, après intervention, ce qu'il était avant.

J'avais été tenté tout d'abord de ne pas limiter mon intervention à une excision partielle, mais d'enlever toute la masse exubérante. J'abandonnai ce parti. En agissant ainsi, j'aurais été obligé, en effet, de faire subir au moyen adducteur une perte de substance égale à toute son épaisseur, haute et large de 8 à 10 centimètres. L'ablation des filets nerveux qui se rendent dans les parties mus-

culaires conservées, eut, avec l'ablation musculaire, amené la perte d'un adducteur puissant, bien contractile malgré son traumatisme, auquel on n'a à reprocher que de faire une saillie peu gênante.

Le faible bénéfice obtenu par M. Michaux par la suture de l'aponévrose et d'ailleurs la faible part que celle-ci joue dans la production de la tuméfaction dans les ruptures, m'engage, d'un autre côté, à ne pas compter sur cette suture pour faire disparaître cette tuméfaction.

Averti, dorénavant je m'en tiendrai, dans des cas semblables au précédent, au traitement palliatif, tant que les douleurs ou la gêne éprouvées par le malade ne seront pas excessives.

Après ces considérations sur les ruptures musculaires partielles, je me permettrai de revenir sur les doutes que j'ai émis à propos du diagnostic de *hernie vraie* porté par notre collègue M. Michaux. Je pense qu'il n'a eu affaire chez son cavalier qu'à une pseudo-hernie ou rupture musculaire à tuméfaction progressive.

La perte de substance subie par l'aponévrose, la constatation, dans ce cas, d'une tuméfaction musculaire et l'intégrité des fibres superficielles ne sont pas caractéristiques d'une hernie vraie, puisqu'on peut les rencontrer dans les ruptures. 1° Le fait que la tumeur était irréductible; 2° qu'elle diminuait, *sans disparaître*, par la distension passive du muscle, alors que les hernies vraies disparaissent dans ces conditions (expériences de Farabeuf); 3° le fait que cette tumeur *grossissait* sans remonter pendant l'épreuve de la contraction libre, alors que, comme Farabeuf l'a montré à la Société de chirurgie (*Bull.* 1881, p. 297), la hernie vraie disparaît pendant cette contraction libre; 4° la récidive malgré la suture de l'aponévrose, toutes ces raisons me font penser qu'il s'agissait, chez ce malade, d'une rupture ancienne, partielle, profonde, qui n'a (comme cela arrive dans toute une catégorie de cas et le mien en particulier) donné que lentement, progressivement, lieu à une tuméfaction musculaire et m'engagent à admettre que si notre collègue avait sectionné les fibres musculaires jusqu'à leur insertion tendineuse ou osseuse, il eût, comme dans mon cas, trouvé les mêmes lésions que celles que j'ai observées.

Communication.

M. Guinard lit une communication intitulée : *Hémorragie considérable dans la cavité péritonéale, probablement due à la blessure du rectum par une bougie stéarique; laparotomie; guérison.*

(Commission: MM. Tillaux, Chauvel et Michaux, rapporteur.)

Présentation de malade.

M. Delorme présente le malade atteint de rupture du moyen adducteur gauche auquel il a fait allusion dans sa communication précédente.

Présentation de pièces.

Analyse bactériologique d'une hématocèle rétro-utérine.

M. Quénu. J'ai soutenu, dans une précédente séance, que le contenu des hématocèles rétro-utérines enkystées est généralement septique. Les épanchements de sang intra-abdominaux s'enkystent, ai-je dit, parce qu'ils sont septiques et qu'ainsi ils développent autour d'eux une péritonite adhésive. J'ai eu l'occasion depuis cette époque d'ouvrir une collection sanguine rétro-utérine, j'ai recueilli le liquide avec toutes les précautions d'usage, et j'en ai confié l'analyse à M. Lesage qui m'a remis la note suivante: « L'examen direct ne permet pas de reconnaître la présence de microbes dans la masse sanguine ».

Mis en culture, le sang donne naissance dans le bouillon et sur gélose à des petites cultures très fines de streptocoques. Il est à noter que ce microbe pousse avec une certaine difficulté. L'hémorragie intra-abdominale s'était déclarée chez cette femme au mois d'août 1893: les règles avaient manqué une fois et la malade, âgée de 33 ans, se croyait enceinte, lorsqu'elle fut prise d'une métrorragie; les pertes n'ont pas cessé depuis. Il n'y a pas eu de fièvre, ni signes de métrites ou de salpingites antérieures. Le sang qui s'est écoulé à l'incision avait les caractères extérieurs de celui des anciens foyers sanguins. Nous n'avons aucune raison de supposer que le foyer ait pu être secondairement infecté, aucun trouble rectal et du reste pas de bactérium-coli dans ce liquide. Ce fait positif est donc assez probant.

Il est probable que dans certains cas on ne trouvera pas de microorganisme et que les cultures resteront stériles, cela ne prouvera pas que le liquide épanché ait été primitivement aseptique; il peut évidemment subir des modifications analogues à celles des abcès des trompes. Il y a vingt-cinq jours nous avons ouvert deux abcès de la trompe, par le vagin, le pus a été recueilli par M. le professeur Metchnikoff; or, les cultures n'ont rien donné. Il serait par suite intéressant que chacun de nous apportât des analyses de

liquides sanguins à différentes périodes de leur évolution, et à des dates plus ou moins éloignées de la rupture primitive des vaisseaux.

Discussion.

M. Tuffier. J'apporterai à la Société deux observations dans lesquelles l'examen de liquide d'hématocèle, fait par M. Girod, a montré l'existence de microorganismes.

M. Le Dentu. Au bout de combien de temps l'incision de l'hématocèle a-t-elle été pratiquée?

M. Quénu. Le début des accidents remontait au mois d'août, et l'incision a été faite il y a quinze jours.

M. Le Dentu. Il faudrait, autant que possible, faire l'examen à une période rapprochée du début, car on peut toujours soupçonner une infection secondaire.

Calcul rénal extrait par la néphrolithotomie.

M. Bazy présente un calcul rénal à peu près demi-circulaire de 2 centimètres et demi de long sur 1 centimètres et demi de large et 7 millimètres d'épaisseur extrait du rein droit d'un homme, le 8 décembre dernier, à la maison de santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu.

Le rein était infecté et légèrement dilaté au moins dans son pôle supérieur ; la palpation bimanuelle permettait de le sentir débordant les fausses côtes; en fait, ainsi que l'opération nous l'a démontré, il était doublé de volume.

L'urine contenait du pus.

Le rein a été abordé par la voie lombaire : il a été incisé le long de son bord externe sur une étendue de 6 centimètres environ avec le thermo-cautère. L'épaisseur de substance rénale traversée a été de près de 2 centimètres.

Il s'est écoulé du pus lié et jaune verdâtre dont l'examen n'a pas été fait.

Le calcul a été trouvé logé dans le bassinet au niveau de l'embouchure supérieure de l'uretère qu'il devait obturer incomplètement.

La muqueuse des calices et du bassinet était tapissée par des fausses membranes qui ont été soigneusement enlevées au moyen d'éponges et de la curette; une cloison séparant un calice dilaté de la cavité du bassinet a été sectionnée.

Toute la muqueuse a été soigneusement touchée avec de la solution de nitrate d'argent à 1/50; la cavité rénale a été drainée au moyen de deux tubes debout, et tamponnée avec la gaze iodoformée. La plaie a été réunie tant superficiellement que profondément, sauf au niveau du passage des drains.

Le malade va très bien. Voici cinq jours pleins que l'opération est faite; tout fait espérer que cet état continuera à être bon.

J'ai supprimé un des tubes hier. Depuis deux jours, l'urine est absolument limpide, et le pansement est à peine mouillé ; donc l'urine de ce rein opéré coule dans la vessie, ce qui semble indiquer ici, ce qui indique même que les calices et les bassinets ont été aseptisés complètement.

L'histoire complète du malade tant au point de vue des antécédents qu'au point de vue des suites sera ultérieurement donnée.

Élection.

Au cours de la séance, il est procédé à l'élection d'un membre titulaire.

Nombre de votants, 32. — Majorité absolue, 17.

MM.	Chaput a obtenu	29 voix.
	Broca	1 —
	Walther	2 —

En conséquence, M. Chaput est proclamé *membre titulaire* de la Société de chirurgie.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

Séance du 20 décembre 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Chaput, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire et demandant un congé d'un mois pour raison de santé ;

3° Lettre de M. Félizet, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

4° Lettre de M. Nicati, envoyant à l'appui de sa candidature la liste de ses titres et une série de mémoires et brochures ;

5° *Rupture traumatique de l'urètre ; rétrécissement, abcès urineux et fistules ; cystopyélo-néphrite purulente ; antisepsie urinaire ; réparation de l'urètre périnéal ; guérison,* par M. Reboul, membre correspondant national.

Rapports.

Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale chez les femmes ayant dépassé la ménopause ou près de l'atteindre, par M. Lejars.

Rapport par M. Quénu.

J'étais inscrit pour une communication relative au traitement du prolapsus utérin par l'hystérectomie vaginale, lorsque M. Lejars est venu, il y a peu de jours, vous lire l'observation de deux malades auxquelles il a appliqué ce mode de traitement.

La première malade de M. Lejars était une blanchisseuse de

76 ans, dont le prolapsus avait vingt-deux ans de date : l'utérus, en totalité sorti, était volumineux, à col rouge, ulcéré, dilaté ; la cavité utérine mesurait 77 millimètres ; le vagin et le rectum étaient également prolabés.

L'utérus fut enlevé par le vagin, l'hémostase réalisée au moyen de pinces : les plaies résultant de l'excision de segments vaginaux antérieurs et postérieurs furent suturées au catgut. La femme, opérée le 24 juin dernier, quitta l'hôpital Necker guérie le 25 juillet. Notre collègue a appris depuis qu'elle avait repris son travail, mais il n'a pas eu l'occasion de la réexaminer.

La seconde malade, opérée à l'Hôtel-Dieu, n'avait que 58 ans ; son prolapsus remontait à onze ans et était total ; tout travail était impossible ; le volume du prolapsus, les ulcérations de sa surface rendaient même la marche pénible. Cette fois, M. Lejars lia les ligaments larges au lieu de les pincer ; il ajouta à l'hystérectomie l'excision, aux dépens de la paroi postérieure, d'un segment vaginal triangulaire à base inférieure. Les bords de cette plaie furent réunis, et la cavité péritonéale fut complètement fermée.

L'opérée quitta l'Hôtel-Dieu le 2 novembre, vingt-trois jours après l'intervention.

Quinze jours après, M. Lejars put la réexaminer : de nouveau il s'était produit à la vulve une petite grosseur due à un peu de cystocèle ; mais la paroi postérieure du vagin était restée bien en place.

Le 24 novembre, le traitement fut complété par une double colporraphie latérale.

M. Lejars conclut de ses observations, et de la lecture des observations étrangères, que chez une femme qui a passé l'âge de la ménopause ou qui n'en est que fort peu éloignée, un prolapsus complet, incoercible, est justiciable de l'hystérectomie vaginale ; il est d'avis qu'il y a tout avantage, pour éviter la chute persistante du vagin, d'ajouter à l'ablation de l'utérus une large colporraphie latérale.

Avant de vous communiquer mes observations personnelles, qui sont au nombre de cinq, et dont la plus ancienne remonte au mois de décembre 1892, je vous demande la permission de vous résumer l'opinion courante, française et étrangère, sur le sujet qui nous occupe, et de vous en présenter un court historique.

Martin (de Berlin) écrivait, en 1889, dans son estimable *Traité clinique des maladies des femmes*, que Kaltenbach et lui avaient les premiers, en 1880, enlevé l'utérus « dans des cas de prolapsus contre lequel tous les autres moyens avaient échoué ». Cette opération est, en réalité, bien plus ancienne : à la vérité, les premières hystérectomies s'adressaient non au prolapsus, mais à une

altération d'un utérus procident : c'est ainsi qu'en 1813 Langenbeek[1] enleva par la voie vaginale un utérus cancéreux prolabé. En 1836, Gebhardt[2] exécuta la même opération et dans les mêmes circonstances. Deux ans plus tard, en 1838, Jurgensen[3] présenta à la Société de médecine de Copenhague un utérus prolabé qu'il avait enlevé et qu'il croyait atteint de dégénérescence carcinomateuse ; mais la Société jugea qu'il n'était pas cancéreux. Edwards[4], en 1864, nous fait le récit d'une extirpation d'utérus prolabé atteint non de cancer, mais d'irréductibilité et de gangrène : la malade, une femme de 74 ans, avait depuis longtemps un prolapsus complet que ni les pessaires, ni les bandages n'avaient pu maintenir. Un beau jour, l'utérus, sorti depuis quarante-huit heures, s'engorgea, devint irréductible et se sphacéla : Edwards appliqua une ligature sur le col de la tumeur ; puis, le surlendemain, à cause de l'odeur infecte dégagée par les parties gangrenées, il se décida à resserrer sa ligature et à exciser. Sa malade guérit.

L'idée d'extirper l'utérus atteint de prolapsus irréductible avec menaces de gangrène avait déjà germé dans l'esprit d'un chirurgien plus d'un siècle antérieurement : en effet, dans une lettre à Smellie, en 1757, Oakley (de Birmingham) raconte qu'en de telles circonstances, il proposa à la patiente l'extirpation de l'organe par ligature ; son offre fut refusée.

Le premier, Choppin[5], en 1867, pratiqua de parti pris l'hystérectomie vaginale pour un prolapsus de l'utérus non compliqué de gangrène ou de cancer. Viennent ensuite les observations de Patterson[6] et Corradi[7] en 1876, de Hahn[8] et de Kekrer[9] en 1877, de V. Teuffel[10], et enfin celles de Martin et Koltenbach[11] en 1880.

Depuis 1880, les observations se sont multipliées à l'étranger ; nous pouvons citer les cinq de Munchmeyer[12], les trois de Muller[13],

[1] Cité par HEGAR.

[2] *Zeitsch. f. die Gesam med.* ou *Journ. d'Oppenheim.* Hambourg, 1838, vol. IX, p. 570.

[3] GEBHARDT, *Arch. d. Danischen Gesam, d'heits Colleg.*, 1836.

[4] EDWARDS, *British med.*, 1864.

[5] Cité par ASCH, *Americ. journ.*, 1876.

[6] PATTERSON, *Glascow med. journ.* 1876.

[7] CORRADI, *Lo Sperimentale*, 1876.

[8] HAHN, *Berliner klinisch. Wochens*, 1882, Jahrg. XIX.

[9] KEHRER, *Beitr. z. Klinischer u experim. geburstkund Gynæk.*, 1879, Bd II, p. 140.

[10] V. TEUFFEL, cité par ASCH.

[11] MARTIN et KOLTEMBACH, *Centralblatt f. Gynœc.*, 1880.

[12] MUNCHMEYER, *Centralblatt f. Gynœc.*, 1889.

[13] MULLER, *Congrès des naturalistes allemands.* Heidelberg, 1883,

celles de Negretto [1], de Winiwarter [2], de Coe [3], de Krug [4], de Baldy [5], et les huit cas de la clinique de Breslau qui ont servi au mémoire important de Robert Asch [6]. Tout dernièrement enfin, trois nouvelles observations ont été publiées dans une thèse d'Iéna, la thèse « de Kiel ».

Nous arrivons facilement de la sorte à réunir une trentaine de cas, dont deux en Italie, quatre ou cinq en Amérique et le reste en Allemagne.

Dans notre pays, les observations publiées sont en extrême petit nombre. La première en date est, je crois bien, celle de M. Richelot.

M. Richelot [7] opéra, le 25 juillet 1886, à Saint-Antoine, une femme de 60 ans, atteinte de procidence complète. Il se servit pour l'hémostase de quatre pinces qu'il ne laissa que vingt-quatre heures. Le 1er septembre, la cystocèle avait reparu, et bientôt la malade eut un prolapsus tout aussi volumineux qu'autrefois. Elle dut subir une opération complémentaire consistant en un large avivement des parois antérieure et postérieure et dans le cloisonnement du vagin.

Terrillon [8] a traité par l'hystérectomie uno femme de 55 ans, chez laquelle l'utérus descendait au delà de la vulve. Le résultat fut parfait. Notre collègue se hâte d'ajouter qu'il considère cette opération comme beaucoup trop sérieuse pour une infirmité à laquelle on peut remédier par d'autres procédés.

En 1891, Goullioud [9] fut amené à enlever l'utérus chez une femme qu'il avait opérée déjà d'un cancer de la cloison recto-vaginale ; cette première opération avait déterminé ou tout au moins exagéré la formation du prolapsus utérin. Le résultat défifinitif des deux opérations successives fut excellent.

Les observations françaises publiées se réduisaient donc à trois quand nous avons entrepris notre première opération le 23 décembre 1892. Depuis, nous en avons pratiqué quatre autres. M. Segond a publié, le 29 novembre 1893, une clinique sur le traitement chirurgical du prolapsus utérin, dans laquelle il ne rapporte qu'une seule observation personnelle toute récente. Jointe aux

1 Negretto, *Annali di obstet. e gin.*, Milano, 1891.
2 Winiwarter, *Wiener Klenische Wochens.*, 1888.
3 Coe, *Americ. journ. of obstetr.*, 1890.
4 Krug, *N. V. obstetr. Society*, 1890.
5 Baldy, *Americ. journ. of obstetr.*, 1893.
6 R. Asch., *Arch. f. Gynœc.*, 1889, Bd XXV.
7 Richelot, *Thèse de Madec*, 1886.
8 Terrillon, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1889
Lyon médical, 1891.

précédentes et aux deux de Lejars, cela nous fait un total de onze observations françaises.

Il est vraisemblable toutefois que ce nombre est inférieur à la réalité et qu'un certain nombre de cas n'ont pas été livrés à la publicité. Nous tenons, par exemple, de M. Doyen qu'il a plusieurs fois fait l'ablation de la matrice pour des prolapsus génitaux.

Il nous importait d'établir dans quelles proportions l'hystérectomie vaginale a été pratiquée contre le prolapsus utérin ; ce n'est, en effet, que sur des faits, et non sur des raisonnements que peut se fonder la juste appréciation d'une méthode opératoire.

L'analyse des quarante ou quarante-cinq observations connues nous obligerait à réduire encore et de beaucoup le nombre des documents qu'on peut considérer comme probants : les unes sont incomplètement rapportées, les autres sont trop récentes, d'autres enfin ne signalent que le résultat immédiat ou rapproché de l'opération. Nous ne nous occuperons, par suite, que de celles où la malade a été revue au moins deux mois après l'intervention chirurgicale.

L'opinion des chirurgiens qui ont eu à se prononcer pour ou contre l'hystérectomie vaginale a été, la plupart du temps, une opinion de tendances, et non une opinion basée sur l'observation personnelle. Ses adversaires lui ont moins reproché les dangers réels ou non qu'elle peut faire courir que son insuffisance à guérir la chute du vagin : Richelot, Muller, Baumgarten, etc., n'ont-ils pas dû faire des opérations complémentaires ? Schrœder[1] n'a-t-il pas raison d'écrire que si l'hystérectomie guérit à coup sûr la procidence de l'utérus, elle n'amène pas toujours la guérison du prolapsus ? L'extirpation totale n'est pas suffisante, dit Edebohls[2] ; la seule méthode dispensant du procédé plastique supplémentaire est celle pratiquée par Polk et qui consiste à ouvrir le ventre, à enlever l'utérus et à rattacher le vagin à la paroi abdominale.

En somme, en Allemagne et en Amérique, les avis sont partagés : si Munchmeyer réserve son opinion, si C. Schraeder ne peut provisoirement croire que l'extirpation vaginale ou sus-pubienne soient indiquées contre le seul prolapsus utérin, Hégar, Kaltenbach, Schultze, Martin, etc., admettent la légitimité de l'opération.

En France, l'opération de Richelot est présentée dans la plupart des thèses qui traitent du prolapsus comme une hardiesse chirurgicale qu'il ne convient pas d'imiter[3]. Seul M. Pozzi, in-

[1] *Maladies des femmes.*

[2] *N. V. obstetr. Society*, 1890.

[3] Gauja et Vaton, Bordeaux, 1889 et 1890; Rémoin et Dumoret, Paris, 1888 et 1889, etc.

fluencé par les beaux résultats de Robert Asch et de Kehrer, accepte l'hystérectomie pour « les chutes complètes et invétérées de l'utérus et du vagin, où les parties herniées, très hypertrophiées, sont difficilement réduites et maintenues ». D'un autre côté, l'introduction d'une nouvelle méthode opératoire consistant à fixer l'utérus à la paroi abdominale, méthode conservatrice par excellence, paraissait devoir reléguer au dernier plan une méthode de suppression telle que l'hystérectomie, de telle sorte que cette dernière voyait se joindre les hystéropexistes à ses anciens adversaires, les colpo-pexistes et les colporraphistes.

Tel est l'état de la question.

Pour notre part, nous venons défendre la cause de l'hystérectomie vaginale appliquée dans certaines conditions, à certains cas et exécutée d'une certaine manière.

1° Nous posons comme premier principe que l'opération ne doit s'adresser qu'aux femmes ayant dépassé l'âge de la ménopause, ou s'en rapprochant tellement que toute grossesse devienne absolument improbable. L'objection tirée d'une suppression de fonction disparaît de la sorte, car si on laisse intacts les ovaires reconnus sains, je ne vois pas en quoi la disparition du tissu utérin pourrait affecter l'organisme plus que la résection d'un segment vaginal. La physiologie nous a appris à faire bon marché des théories qui accordaient à la matrice un autre rôle que celui de chambre incubatrice. Sans insister davantage sur ce point, nous devons, pour justifier notre opinion, essayer de démontrer que l'opération, à égalité de risques, est plus efficace que les procédés qui s'adressent aux cas similaires.

2° Il va sans dire, en effet, que s'il est question d'hystérectomie, c'est qu'il s'agit de prolapsus complets avec entraînement du vagin et insuffisance de l'appareil de soutènement.

Quelles sont, en pareil cas, et chez des femmes d'une cinquantaine d'années ou plus, nos ressources thérapeutiques ?

Le massage facilite la réduction d'un utérus sorti et engorgé, il diminue le volume et le poids de l'utérus, il ne fait rien pour la contention. Le support de l'utérus par un pessaire n'est admissible que si le pessaire est lui-même soutenu par quelque chose, sinon dans les cas où la tonicité du plancher pelvien est entièrement relâchée, le seul support à emprunter aux bandagistes consiste en une sorte de bandage qui passe entre les jambes de la femme et va se rattacher à une ceinture ordinaire. C'est là un pis-aller auquel ne peuvent pas se résoudre les femmes obligées de marcher et de gagner leur vie. On est donc bien obligé d'en arriver à un traitement local un peu plus sérieux.

Les lésions qui déterminent la formation d'un prolapsus total

sont de deux ordres : 1° l'insuffisance des moyens de suspension de l'utérus; 2° le relâchement de toutes les parties molles qui constituent le plancher pelvien, c'est-à-dire du vagin et du périnée; de là deux grandes classes de moyens thérapeutiques : d'une part des procédés de fixation de l'utérus ou du vagin, tels sont l'opération d'Alexander, les colpopexies de Péan, de Picqué ou de Polk, d'autre part tous les procédés de restauration du plancher pelvien et du vagin, tels sont les périnéorraphies, le cloisonnement du vagin de Le Fort, les colporraphies médianes ou latérales, ou encore la combinaison de ces autoplasties, telle que la colpopérinéoraphie.

Bon nombre de gynécologistes continuent à penser que la restauration périnéo-vaginale demeurerait insuffisante si on n'y ajoutait une diminution dans le poids de l'organe à soutenir; pour eux, l'amputation du col est nécessairement le premier temps de l'acte chirurgical; il est bien supposable que l'idée d'enlever l'utérus en totalité n'a été, chez la plupart des hystérectomistes, que l'exagération de celle qui a fait procéder d'autres chirurgiens à l'opération d'Huguier. Or, j'ai hâte de l'affirmer, telle n'a pas été notre idée directrice, tel n'est pas l'effet que nous attribuons à l'hystérectomie vaginale sur la guérison du prolapsus.

Il est incontestable que tous les utérus prolabés ne se ressemblent pas; on avait, depuis Huguier [1], exagéré l'hypertrophie utérine; Duplay et Chaput [2] ont récemment démontré qu'il n'y a pas de rapport étroit et absolu entre le prolapsus et le poids de l'utérus: chez une de nos cinq malades, l'utérus était absolument atrophié, petit, et ne pesait pas 30 grammes; d'autre part, les cas de récidive après hystérectomie sont des arguments sans réplique. Je conclus donc que si l'hypertrophie utérine ou l'addition d'un fibrôme à l'utérus favorisent la descente de l'organe, elles n'en sont pas en général les premières causes, et que l'indication tirée du poids utérin doit être rejetée au second plan.

Par suite, nous n'avons à discuter que les moyens qui s'adressent aux deux autres indications : l'indication de fixation, l'indication de restauration, quel que soit son état et quel que soit l'âge de la malade, un utérus peut toujours être fixé, tandis que chez certaines femmes, ni le vagin, ni le périnée ne sont restaurables.

Dans les prolapsus incomplets, chez les femmes jeunes encore, et même chez certaines qui ont dépassé la ménopause, les anaplasties vagino-périnéales sont les opérations de choix; il est des

[1] Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*, p. 1860.

[2] Duplay et Chaput, *Arch. gén. de médecine*, 1889.

cas où, d'avance, on doit s'attendre à un échec, cela surtout chez les femmes dont le périnée a subi une sorte d'involution sénile; j'ai le souvenir d'une dame obèse, âgée de 55 ans, à qui je fis dans la même séance une amputation du col, une double colporraphie antérieure et postérieure, et une périnéorraphie. La réunion fut parfaite, mais moins de deux mois après, les parois vaginales étaient de nouveau relâchées; la réunion périnéale était amincie et distendue et le moignon d'utérus réapparaissait à la vulve. J'imagine que dans des conditions analogues, la plupart de mes collègues ont eu des cas semblables, sinon je m'expliquerais peu que tant d'efforts aient été faits pour trouver autre chose et qu'on ne se soit pas arrêté définitivement à un procédé parfait et innocent pour recourir à des fixations avec ou sans ouverture de l'abdomen.

Atsch a pris la peine de suivre des malades opérées à la clinique de Breslau pendant une période de quatre ans; or, sur une moyenne de 94 malades renvoyées comme guéries, 59 seulement méritaient d'être ainsi considérées. Cohn, à la clinique de Berlin, a observé 13 rechutes sur 47 opérées.

J'ajoute qu'il est essentiel de ne pas tenir pour des succès complets des cas où les femmes sont obligées, après leur opération colporraphique, de faire usage d'un pessaire. Je conclus que les opérations de fixation et d'anaplastie ne sauraient convenir aux mêmes cas et qu'il ne doit pas être fait de parallèle entre les dernières et l'hystérectomie vaginale.

Il y a lieu, au contraire, de mettre celle-ci en regard de la ventro-fixation. J'ai eu la bonne fortune d'aider mon maître et ami Terrier dans ses premières hystéropexies pour prolapsus; j'en ai moi-même exécuté plusieurs dans son service et avec des résultats fort heureux ; je crois donc que l'hystéropexie est une bonne opération. Je la mettrai en première ligne pour le traitement des procidences totales chez des femmes jeunes, encore réglées, ches lesquelles une conception est possible: à partir de la ménopause, je lui préfère l'hystérectomie vaginale; aussi bien que la laparotomie, cette opération permet de s'assurer de l'état des annexes et de les enlever au besoin; elle est tout naturellement indiquée dans les prolapsus compliqués de cancer, de fibrômes ou d'hypertrophies considérables de la matrice; elle me paraît moins grave, même dans les cas simples, que la ventro-fixation. Je ne saurais trop répéter que je n'ai en vue que les femmes âgées, artério-scléreuses la plupart, emphysémateuses souvent, chez lesquelles toute laparotomie présente toujours un aléa. Chez de telles malades, l'hystérectomie vaginale me paraît, au contraire, une opération bénigne, sans aucun retentissement sur l'état général, sans aucune réaction appréciable.

Une hystérectomie pour prolapsus ne ressemble en rien à une hystérectomie pour cancer ou pour salpingite, son exécution m'a semblé infiniment simple; les dangers ordinaires de l'hystérectomie me paraissent très faciles à conjurer; je reviendrai sur ce point à propos du manuel opératoire.

Quant aux résultats définitifs, la difficulté de les établir existe pour l'hystérectomie comme pour la ventro-fixation. Dumoret comptait 4 récidives sur 24 cas d'hystéropexie, et la plupart de ses malades, notées comme définitivement guéries, n'étaient que des opérées de quatre à sept mois.

Dans une des 8 observations de Robert Atsch, la guérison durait encore au bout de trois ans. Dans une autre, elle s'était maintenue 6 mois après. Les résultats éloignés manquent pour les autres, et je puis en dire autant du plus grand nombre de cas publiés. Les opérations de Lejars et Segond sont toutes récentes, les miennes datent de un an, de dix mois, de huit mois, de cinq mois et de deux mois; chez cinq opérées, le résultat est demeuré parfait. Voici du reste un court résumé de ces observations.

Obs. I. — Mme L..., âgée de 56 ans, mère de sept enfants, s'est aperçue, au mois d'octobre 1892, que la matrice pendait au dehors; elle en éprouva de la gêne plutôt que de véritables douleurs, puis la marche devenant bientôt difficile et presque impossible, elle se décida à nous consulter.

L'utérus était volumineux, sa cavité agrandie : nous commençâmes l'opération avec l'idée d'amputer le col et de terminer par une colpopérinéorraphie; mais désirant faire porter notre excision aussi haut que possible, nous ouvrîmes sans le vouloir le cul-de-sac postérieur du péritoine; il nous parut alors préférable d'enlever la totalité de l'utérus et de terminer par une périnéorraphie. La guérison fut rapide : opérée le 23 décembre 1892, la malade quitta l'hôpital le 20 janvier 1893. A sa sortie, la cicatrice vaginale était bien fixée, haut située, la cystocèle bien réduite.

Nous avons eu le 17 décembre, soit un an après l'opération, des nouvelles de notre opérée, qui habite la province : elle a repris sa vie active et n'a pas eu à s'occuper de son utérus une seule fois; désirant avoir des renseignements plus précis, nous avons écrit au Dr Vermulle, de Bergues : notre confrère a bien voulu se rendre chez la malade et l'examiner; il nous a écrit qu'il n'était pas possible de constater le moindre abaissement de la matrice.

Obs. II. — Notre seconde malade G..., âgée de 58 ans, a été opérée le 16 février 1893. Je note chez elle six fausses couches et six accouchements normaux; son prolapsus datait de 1865, soit de vingt-huit ans. Pendant des années, elle porta un pessaire, mais peu à peu le prolapsus s'accentua et, depuis un an, l'usage du pessaire devint impossible. Depuis un an, elle a été obligée de cesser tout travail, elle souffre

beaucoup, urine difficilement, ses digestions sont difficiles, accompagnées parfois de vomissements. La matrice paraît petite. Opération le 16 février : hystérectomie vaginale, colporraphie antérieure et postérieure, périnéorraphie par le procédé de Lawson Tait. La température maxima a été de 37°,5 ; les fils ont été enlevés le 25 février, et le 18 mars la malade quitte l'hôpital, soit un mois et deux jours après son opération. Nous l'avons revue au mois de mai, puis le 20 novembre 1893. Le résultat est demeuré parfait : la cicatrice, très élevée, reste fixe et sans aucune tendance à l'abaissement, quand la malade est debout et quand on la fait tousser.

Obs. III. — Mme V..., âgée de 44 ans, couturière, opérée le 30 mars 1893. Trois enfants. Le premier accouchement, en 1872, eut lieu au forceps et fut suivi d'une déchirure périnéale non réparée; bientôt après, une chute de l'utérus se produisit : cette infirmité fut bien supportée jusqu'en 1890. A cette date, chute dans un escalier : la réduction du prolapsus devint plus difficile. En 1892, le col s'ulcéra, la contention faite par un bandage Bornier était mal supportée. En avril 1892, le ventre devint douloureux, la malade entra même à l'hôpital dans le service de M. Routier pour se faire opérer, puis dut différer. Les règles sont régulières, mais douloureuses.

Examen le 15 mars : chute complète de l'utérus ; le col, très volumineux, est ulcéré, la réduction présente une certaine difficulté. La cavité utérine mesure 12 centimètres ; par le toucher, on sent, dans le cul-de-sac postérieur, une tumeur volumineuse, rénitente qui paraît être un kyste. En effet, après l'enlèvement de l'utérus, on trouva un kyste qui, par la ponction, donna trois quarts de litre de liquide et fut extirpé.

Périnéorraphie, pas de colporraphie, suites opératoires excellentes, aucune réaction. Enlèvement des fils périnéaux le 8 avril ; sortie de l'hôpital le 25 avril, soit vingt-six jours après l'opération.

Mme V... est examinée le 25 octobre, soit sept mois après. Aucune gêne fonctionnelle ; le moignon cicatriciel est très haut ; très léger degré de cystocèle ne gênant en rien la marche ni la miction.

Obs. IV. — R. L..., âgée de 64 ans, entrée le 22 juin 1893, opérée le 8 juillet. Huit enfants. L'issue de l'utérus hors de la vulve a été remarquée en janvier dernier. En avril, rétention d'urine : les efforts pour uriner augmentèrent encore le prolapsus qui bientôt devint très gênant et même douloureux pendant la marche.

On aperçoit au dehors une tumeur ovoïde du volume du poing, irréductible ; le col est rouge, ulcéré, ainsi que la partie du vagin avoisinante ; pesanteur dans le bas-ventre, douleurs irradiées dans les reins.

Simple hystérectomie vaginale sans autoplastie ; huit jours après l'opération, quelques symptômes de bronchite ; sortie le 6 août, vingt-neuf jours après l'intervention. Le 25 novembre, la malade, sur notre appel, vient se faire examiner : elle est debout toute la journée et n'éprouve plus aucune souffrance. Dans le décubitus dorsal, très légère

saillie de la paroi antérieure du vagin ; quant au fond du vagin, il est très bien maintenu, et ce n'est qu'avec difficulté que le doigt peut l'atteindre, même la malade étant debout.

Obs. V. — E..., 48 ans. Sept grossesses. Le dernier accouchement très laborieux, l'utérus étant en prolapsus; encore réglée. Le prolapsus date de la première, c'est-à-dire de 1872 : le col sortait déjà de la vulve en 1878. En 1889, il augmenta ; en avril 1893, pertes de sang et pertes muqueuses, difficultés dans la miction, tiraillements douloureux dans le bas-ventre et dans les reins ; ces douleurs deviennent assez vives pour décider la patiente à entrer à l'hôpital et à réclamer une opération; celle-ci est faite le 20 octobre. Hystérectomie et périnéorraphie. Gros utérus. Sortie guérie, en parfait état, le 18 novembre, vingt-huit jours après l'opération. Revue le 27 décembre.

En résumé, nos malades opérées étaient des femmes de 44, 48, 56, 58 et 64 ans. Deux étaient encore réglées, mais chez l'une d'elles (observ. V.), la dernière et 7e grossesse avait failli mal se terminer à cause du prolapsus; chez l'autre femme, la menstruation était douloureuse et, de plus, la procidence utérine se compliquait d'un kyste ovarique.

Tous ces cas de prolapsus étaient anciens, quelques femmes il est vrai, ne s'en étaient aperçues que 7 à 8 mois auparavant, au moment où l'utérus était complètement sorti hors de la vulve, mais la chute datait de plus loin et chez celles qui s'étaient bien observées, le mal remontait jusqu'à onze, vingt et un et vingt-huit ans.

Les symptômes prédominants et qui ont décidé les femmes à réclamer une opération, ont été surtout des troubles dans la miction allant jusqu'à la rétention d'urine, des douleurs dans la marche et dans la station debout, des tiraillements pénibles dans les reins obligeant à cesser tout travail, une difficulté à obtenir la réduction et enfin divers phénomènes réflexes, tels que des troubles digestifs et des vomissements.

Sur 4 cas où les dimensions de l'utérus ont été notées, nous relevons 3 fois une hypertrophie, et 1 fois une atrophie manifeste.

L'intervention chirurgicale a consisté dans l'hystérectomie vaginale toute seule dans un cas ; Dans l'hystérectomie avec colporraphie antérieure et postérieure dans un cas ; Dans l'hystérectomie avec périnéorraphie seulement dans trois cas. Nos malades ont été maintenues rigoureusement couchées pendant trois semaines.

Les résultats sont restés parfaits deux, cinq, huit, dix et douze mois après l'opération. Chez toutes les malades la fixation en haut du vagin est demeurée remarquable, le vagin paraissait comme

allongé et son cul-de-sac plus élevé même qu'à l'état normal, puisque c'est avec peine et en déprimant fortement le périnée qu'on pouvait l'atteindre, la malade étant debout ou couchée. Chez 2 malades nous avions noté une très légère saillie de la paroi antérieure du vagin : je dois dire que chez l'une nous n'avions fait qu'une hystérectomie, chez l'autre, nous n'avions ajouté à l'hystérectomie qu'une périnéorraphie mode Lawson-Tait, sans résection aucune des parois vaginales. La colporraphie n'a été ajoutée à l'hystérectomie que chez une seule malade. Tels sont les résultats; j'arrive au procédé opératoire.

J'ai dit plus haut que la plupart des chirurgiens voyaient dans ces cas de prolapsus complets, une triple indication : 1° refaire l'appareil de fixation; 2° restaurer le soutènement vagino-péritonéal ; 3° diminuer le poids de l'organe à soutenir.

Voyons comment l'hystérectomie répond à ces désiderata. Pour le dernier point, elle donne évidemment un meilleur résultat que tout autre procédé ; je veux bien que bon nombre d'utérus sont atrophiés, mais beaucoup d'autres sont hypertrophiés, dégénérés ou accompagnés de tumeurs.

Pour le second point, il est évident que l'hystérectomie ne peut rien, aussi croyons-nous qu'il convient d'ajouter une périnéorraphie dans presque tous les cas, et une résection vaginale chez les femmes dont le vagin est par trop relâché et agrandi : ce n'est pas là une infériorité spéciale à l'hystérectomie vaginale: la méthode rivale, l'hypstéropexie, laisse aussi derrière elle de la cystocèle et de la rectocèle, elle a besoin également d'être complétée par une restauration de l'appareil de soutien.

Je ne crois pas toutefois qu'il soit besoin d'ajouter à l'hystérectomie les larges résections vaginales dont parle Robert Atsch et que semble adopter M. E. Lejars, la colporraphie telle que nous la pratiquons pour les cas de chutes simples de l'utérus me semble suffisante à la condition que l'extrémité profonde du vagin soit bien fixée. J'arrive à l'indication la plus intéressante, celle de la fixation du vagin.

Voici comment elle se réalise : Robert Atsch a parfaitement fait observer que la cicatrisation du péritoine et des ligaments utérins a pour effet d'amener leur rétraction vers la cavité abdominale ; « le reste du vagin, dit-il, est maintenu relevé par cette rétraction ». Il serait intéressant de s'assurer anatomiquement de ce phénomène quand l'occasion s'en présentera, mais d'après nos observations cliniques il n'est pas douteux pour nous : et du reste des lambeaux de ligaments ne font qu'obéir à la loi générale qui fait que les lambeaux se rétractent vers leur pédicule. Il résulte de là qu'il est de la dernière importance de fixer les pédicules des

ligaments larges au vagin : la méthode des pinces à demeure soutenable dans d'autres circonstances est déplorable s'il s'agit d'hystérectomie pour prolapsus ; c'est se résoudre d'avance à la réunion secondaire alors qu'il faut à tout prix chercher ici la réunion par première intention : c'est là pour moi la cause de l'échec de Richelot et de tant d'autres : il faut raisonner ici comme pour une hernie dont on recherche la cure radicale ; aussi, non content de faire la suture du péritoine et du vagin, comme quelques-uns l'ont fait, nous ajoutons quelque chose de plus.

Après avoir ouvert les culs-de-sac postérieurs et antérieurs du péritoine, nous sectionnons l'utérus sur la ligne médiane : puis avec la plus grande facilité nous lions en chaîne de chaque côté les ligaments larges au moyen de gros fils de soie plate : nous coupons un chef sur deux, de manière à ne conserver de chaque côté que trois chefs.

Alors, chaque moitié étant excisée, nous lions chaque fil du côté droit avec celui du côté gauche : en un mot nous réunissons l'un à l'autre nos deux moignons de ligaments larges, de manière à faire une sorte d'écharpe, de sangle qui soutienne les efforts abdominaux. Le péritoine est ensuite rapidement suturé en avant et en arrière aux bords antérieur et postérieur de l'angle ; la surface des pédicules est donc extra-péritonéale ; nous la recouvrons de la face cruentée du vagin que nous suturons entièrement avec du catgut de manière à ne pas avoir à enlever les fils.

Une des sutures au moins traverse à la fois les bords de l'incision vaginal et le pédicule. Le vagin adhère ainsi aux pédicules, l'orifice résultant de l'ablation utérine est fermé en totalité ; la rétraction cicatricielle, loin de tirer excentriquement sur la cicatrice pour l'affaiblir, ne pourra que la remonter et tirer sur le vagin.

Cette sangle et le fond du vagin se trouvaient être presqu'à la vulve au moment de l'opération et sont refoulés et maintenus par des tampons pendant 3 semaines. La fixation a toujours été constatée à la sortie des malades, c'est-à-dire de 28 à 30 jours après l'opération. On pourrait m'objecter qu'il est peut-être osé de recouvrir du vagin et d'isoler les pédicules qu'ont étranglés les fils de soie. Dans les 4 premières opérations nous n'avons pas suturé le vagin par-dessus le moignon, nous avons laissé les pédicules dehors faire saillie dans le vagin, le péritoine étant du reste fermé comme il a été expliqué plus haut, mais en réalité ces craintes sont chimériques. Les choses se passent comme dans les cas où, suivant le procédé de Terrier, nous enfermons dans la paroi abdominale, et recouvrons de la peau un pédicule d'hystérectomie abdominale, c'est le même procédé et les suites sont aussi simples.

Quant aux autres temps de l'hystérectomie, je ne crois pas

devoir beaucoup y insister, tout se passe au dehors, l'opération a été des plus faciles dans mes cinq observations. Une fois cependant, nous avons eu quelque difficulté à décoller la vessie.

M. Lejars et d'autres chirurgiens ont rencontré cette même difficulté. Si l'adhérence de la vessie était tant soit peu prononcée, nous conseillerions de tailler dans le tissu utérin en se guidant de temps en temps sur le doigt introduit par-dessus le fond de l'utérus par le cul-de-sac postérieur. Les dangers habituels de l'hystérectomie, à savoir : l'hémorragie et la blessure des voies urinaires, sont absolument évitables en cas de prolapsus total de l'utérus.

L'infection secondaire ne peut survenir si l'on a eu soin d'isoler et de fermer la cavité péritonéale comme je l'ai indiqué plus haut.

Je conclus : L'hystérectomie vaginale est une bonne opération contre le prolapsus total de l'utérus chez des femmes ayant atteint la ménopause ou près de l'atteindre, principalement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, spécialement lorsque l'état du périnée et du vagin ne laissent aucun doute sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutènement.

A plus forte raison, cette opération est-elle indiquée lorsque les annexes sont malades, ou lorsque l'utérus est lui-même atteint d'altérations invétérées : métrite hypertrophique, fibrome, néoplasme malin.

Dans ces conditions d'âge, de situation sociale et de lésions, l'hystérectomie vaginale est préférable à la ventro-fixation, c'est une opération bénigne et remplissant bien les conditions du traitement.

Dans ce but, il est bon de reconstituer aux dépens des ligaments larges et du péritoine une véritable sangle que l'on fixe au vagin.

L'expérience nous apprend, et la pathologie générale nous explique, que cette sangle ainsi fermée se rétracte peu à peu vers ses points d'attache, c'est-à-dire en haut vers le ventre.

La cicatrice vaginale étant ainsi fixée, il ne reste plus en cas de cystocèle prononcée ou de rectocèle, qu'à pratiquer une colporraphie ordinaire. Il sera toujours bon de compléter l'opération par une périnéorraphie exécutée rapidement par le procédé de L. Tait. Toutes ces opérations complémentaires doivent être faites dans la même séance que l'hystérectomie vaginale. Si on s'en dispense, le résultat principal n'en sera pas moins acquis, la légère cystocèle ne sera jamais capable d'apporter une entrave ou même une gêne sérieuse aux fonctions et aux occupations des malades.

Sur deux observations adressées à la Société de chirurgie par M. le Dr Ménard (de Berck).

Rapport par M. Kirmisson.

Messieurs, M. le Dr Ménard (de Berck) vous a adressé deux observations dont je dois vous rendre compte :

1° *Ablation totale du calcanéum pour ostéite tuberculeuse.*

Cette observation a trait à un petit garçon de 7 ans, chez lequel on avait pratiqué, le 6 août, l'évidement du calcanéum pour une ostéite tuberculeuse. Il y avait eu reproduction des fongosités et de la suppuration et persistance d'une fistule au côté externe de l'os. Dans ces conditions, M. le Dr Ménard pratiqua, le 15 décembre 1891, l'ablation sous-périostique du calcanéum ; la plaie fut laissée ouverte et tamponnée à la gaze iodoformée. Le 1er février, c'est-à-dire au bout de six semaines, la cicatrisation était complète. Le résultat définitif a été très satisfaisant au point de vue orthopédique. Bien que M. Ménard ne puisse affirmer la reproduction de l'os, il note cependant qne le talon présente chez son malade un certain relief ; la seule déformation consiste dans l'affaissement de la voûte plantaire, avec un certain degré de valgus. Il n'y a pas trace d'équinisme. M. Ménard part de cette observation pour conseiller l'ablation sous-périostée du calcanéum, de préférence à l'évidement, dans les cas où les lésions tuberculeuses sont si étendues que l'évidement ne laisserait à sa suite qu'une mince couche osseuse. Nous ne faisons, pour notre part, aucune difficulté pour nous ranger à sa manière de voir, surtout s'il s'agit de jeunes enfants chez lesquels on peut espérer la reproduction osseuse.

2° *Typhlite et appendicite avec douleurs coxo-fémorales. Perforation ; péritonite généralisée ; guérison après laparotomie et lavage du péritoine.*

La seconde observation de M. Ménard a trait à l'appendicite, question toujours à l'ordre du jour de notre Société.

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans qui, en mai 1893, fut envoyée à Berck, comme atteinte d'une coxalgie droite. Depuis deux à trois semaines environ, elle boitait. Cependant, elle ne présentait ni atrophie musculaire, ni limitation des mouvements, en un mot, aucun des signes habituels de la coxalgie. Après être resté quelque temps stationnaire, tout d'un coup, l'état de la malade s'aggrave ; le 11 septembre

elle est reprise d'une douleur siégeant à la fois dans la hanche droite et dans la moitié droite de l'abdomen. Le 14 septembre, la hanche et le ventre sont tellement douloureux que M. Ménard croit utile de donner du chloroforme pour examiner la région. « La fosse iliaque droite est remplie par une tuméfaction volumineuse, rénitente, pâteuse, sans fluctuation manifeste. » On porte le diagnostic d'appendicite.

Le soir, l'interne du service, en appliquant la main sur la fosse iliaque, éprouve la sensation d'une rupture. Quelques heures plus tard, le ventre est le siège d'un ballonnement considérable et des vomissements verdâtres se montrent. Le lendemain, 15 septembre, la situation s'aggrave rapidement et, ce même jour, à six heures du soir, M. Ménard se décide à intervenir. Il fait dans la fosse iliaque, parallèlement à l'arcade crurale et à la crête iliaque, une incision de dix centimètres. Il arrive sur une volumineuse collection purulente, d'odeur fétide ; il a quelque peine à découvrir le cæcum et son appendice qu'il trouve situés très haut, au niveau de la crête iliaque. Une perforation large de deux à trois millimètres siège à la fois sur l'origine de l'appendice et sur le cæcum lui-même.

Dans l'impossibilité où il est de pratiquer la résection de l'appendice, M. Ménard ferme, par deux points de suture, la perforation, en se servant de l'appendice lui-même, compris dans l'anse de fil, pour oblitérer l'orifice cæcal. Mais en faisant les lavages, il s'aperçoit qu'une quantité considérable de pus provient du petit bassin. Pour pratiquer complètement le lavage de la cavité péritonéale, il fait, dès lors, sur la ligne médiane, entre le pubis et l'ombilic, une seconde incision de dix centimètres de longueur et lave dans tous les recoins la cavité péritonéale à l'aide d'une solution boriquée chaude. La plaie médiane est fermée complètement par la suture; quant à la plaie de la fosse iliaque, elle est laissée ouverte à ses deux extrémités pour le passage d'un drain dont le supérieur est en rapport avec le cæcum, tandis que l'inférieur plonge dans la cavité du petit bassin.

Les suites de cette intervention furent des plus heureuses, et six semaines après, la cicatrisation était complète. Toutefois, à quatre reprises différentes, pendant les huit mois qu'elle a passés à Berck, cette jeune fille a présenté de petites rechutes ; cette circonstance, rapprochée du début lent et insidieux de l'affection, de l'épaississement notable des parois du cæcum constaté pendant l'opération, conduit M. Ménard à se demander s'il ne s'agissait pas là d'une typhlite tuberculeuse, bien qu'il n'ait pas aperçu sur l'intestin de granulations tuberculeuses.

Il est plusieurs points dans cette observation qui sont dignes d'intérêt. Tout d'abord, le début lent, avec les douleurs de la hanche et la claudication qui ont pu en imposer pour une coxalgie. Puis la rupture sous la main de l'explorateur, déterminant l'apparition de la péritonite généralisée.

On ne saurait donc, en pareil cas, apporter trop de prudence

dans les explorations. Comme le remarque M. Ménard lui-même, son intervention aurait pu être plus hâtive, et se serait produite avantageusement au moment même où ont éclaté les symptômes décelant l'existence d'une péritonite généralisée. Mais, cette réserve faite, nous ne pouvons qu'approuver la conduite suivie par le chirurgien. C'est certainement au soin et à l'insistance qu'il a mis à pratiquer les lavages du péritoino qu'il a dû son succès.

Communication.

Laparotomie et Entérorraphie latérale pour un anus iliaque établi à la suite d'unc occlusion intestinale. Guérison.

Par M. Ch. Février, médecin major, professeur agrégé
à la Faculté de Nancy.

Les méthodes de traitement de l'anus contre nature ont subi dans ces derniers temps une évolution importante. Aux méthodes anciennes naturellement extrapéritonéales et souvent infidèles on a substitué le procédé plus radical de l'*entérectomie secondaire*.

Malheureusement, la mortalité considérable de cette opération [32 0/0 dans la statistique de Goetz (1890) et dans celle toute récente de Kouznezow (1893)] tend forcément à restreindre son emploi et, ainsi que Thiriar l'a établi récemment, on s'accorde maintenant à reconnaître qu'elle doit surtout viser les faits compliqués de rétrécissement ou d'oblitération du bout inférieur.

Devons-nous donc dans tous les autres cas revenir complètement aux méthodes anciennes? Nous ne le pensons pas, car si elles sont beaucoup plus innocentes que l'entérectomie secondaire, elles échouent souvent et dans les mains les plus habiles.

Les procédés les plus perfectionnés d'occlusion par autoplastie de l'orifice intestinalet du trajet donnent encore 18 0/0 d'insuccès dans la statistique de Goetz et 21 0/0 dans celle de Kouznezow; et comme tous les insuccès ne sont pas publiés, il est permis de croire que nous sommes au-dessous de la vérité.

Du reste, on renonce maintenant à ces dissections malaisées d'un goulot formé par l'infundibulum et ne comprenant la plupart du temps que la muqueuse à une profondeur variable suivant qu'on suit Malgaigne ou Denonvillers, mais n'intéressant jamais le péritoine. De parti pris, on ouvre franchement la séreuse ainsi que nous l'ont montré Polano, Czeruy, Trélat et tout récemment encore MM. Boekel et Kirmisson. On détache l'intestin de la paroi, on l'attire au dehors et on le suture très aisément.

Les faits de laparotomie et d'entérorraphie latérale pour anus iliaque établi à la suite d'une occlusion intestinale ne sont pas encore très nombreux ; car, à notre connaissance, il n'en existe que 3 cas : 2 empruntés à la statistique de Goetz et 1 appartenant à M. Kirmisson. C'est ce qui nous engage à présenter à la Société de chirurgie une nouvelle observation de ce genre.

Observation. (Rédigée d'après les notes de M. Constant, externe du service.) Le jeune G..., Louis, âgé de 9 ans, est amené de Saizerais (Meurthe-et-Moselle) dans le service de M. le Professeur Heydenreich, le 19 juillet 1892 au soir.

Le petit malade arrive avec tous les symptômes d'une occlusion intestinale. Il est très abattu, il accuse une douleur atroce dans la fosse iliaque gauche. Le ventre est extrêmement ballonné et quelques anses intestinales se dessinent en relief sous la peau. L'enfant depuis quatre ou cinq jours n'a plus de selles, ni d'émission de gaz, mais il a du hoquet, des nausées, des vomissements.

Les accidents ont débuté après l'ingestion d'une grande quantité de cerises avalées gloutonnement sans en retirer les noyaux.

L'anus iliaque est immédiatement pratiqué par M. Frœlich, chef de clinique. L'ouverture péritonéale laisse écouler un liquide séreux louche. L'intestin est ensuite fixé à la peau. Il se produit bientôt une débâcle, 68 noyaux de cerises sont éliminés par l'anus iliaque en grande partie Quelques-uns sortent par le rectum.

Les jours suivants, le malade est un peu abattu. La nuit du troisième jour, il se lève et marche dans la salle. Le lendemain, la température monte à 39°,5. Puis tout se calme. La prostration disparaît, les forces reviennent.

En septembre, l'anus iliaque s'est rétréci, mais il ne se ferme pas. Toutes les matières passent par l'orifice anormal. Ce n'est qu'en administrant des lavements qu'on parvient à amener quelques selles par l'anus physiologique. L'intestin est prolabé, il n'y a d'abord que 3 ou 4 centimètres, l'invagination ne tarde pas à atteindre 8 ou 9 centimètres.

Novembre 1892. On essaye le drainage de l'intestin, mais il est bientôt abandonné. Rien de saillant à noter jusqu'en avril 1893. A cette époque M. Heydenreich applique l'entérotome de Dupuytren.

Après le chloroforme on introduit successivement les deux branches de l'entérotome dans les deux bouts de l'intestin et on applique un pansement humide qu'on renouvelle chaque jour. Le 1er mai, l'entérotome se détache. L'éperon est sectionné, le prolapsus intestinal a disparu. Six jours après, le malade éprouve quelques nausées et vomissements qui disparaissent à la suite de lavements.

Le 8 mai, M. Heydenreich tente alors la fermeture de l'anus par un procédé autoplastique qu'il a décrit dans la *Semaine médicale* du 19 août 1891, et qui lui a donné un beau succès.

Echec total après cinq jours. L'intestin est prolabé de nouveau.

Dans les premiers jours d'août 1893, dans le service de M. Heyden-

reich que nous avions l'honnenr de suppléer, nous examinons l'enfant et nous trouvons :

La peau environnant l'anus est rouge, érythémateuse, enflammée et même indurée. L'anus iliaque est constitué par un orifice pouvant facilement admettre le pouce. L'intestin est invaginé. Il forme transversalement de chaque côté deux espèces de cornes plus grosses que le pouce et sur lesquelles on constate des mouvements vermiculaires. C'est par l'extrémité gauche que suintent des matières intestinales. Cette invagination est réductible assez facilement.

L'enfant est pâle, il est assez amaigri.

La majeure partie des matières passe par l'anus artificiel, mais il y a assez souvent issue de matières par l'anus physiologique. Du reste, il n'existe plus d'éperon.

Avec l'assentiment de la famille, je me décide alors à intervenir. La largeur de l'orifice, l'échec de la méthode autoplastique précédemment employée, l'invagination, me conduisent à recourir à l'emploi d'une méthode intra-péritonéale.

Pendant plusieurs jours, nous nettoyons et nous désinfectons le mieux possible la peau de l'abdomen, mais malgré tous nos soins, celle-ci reste rouge, excoriée, saignante par places.

Purgatif la veille. Alimentation très légère. Je pratique l'opération le 31 août 1893 avec le concours de M. Frœlich, chef de clinique.

Le prolapsus est préalablement réduit. Les deux bouts sont bourrés de gaze iodoformée qui les remplit exactement et empêche la reproduction de l'invagination.

Parallèlement et à 3 travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, à un bon travers de doigt au-dessus de l'orifice, je fais une incision de 7 centimètres.

Son extrémité interne se coude par un angle arrondi de façon à devenir perpendiculaire. Cette partie terminale de l'incision circonscrit à 2 centimètres environ la partie interne de l'anus contre nature.

Section des muscles grand oblique, du fascia transversalis, ouverture du péritoine. Je fais alors basculer en bas mon lambeau qui entraîne avec lui l'anse adhérente, facilement reconnaissable en ce qu'elle est distendue par la gaze iodoformée. Des compresses maintiennent les autres anses. Les 2 bouts se rencontrent sous une incidence très oblique avec la paroi à laquelle ils sont rattachés par un infundibulum d'environ 1 centimètre et demi. Ils sont situés tous deux dans un plan sensiblement horizontal.

L'anse est détachée au bistouri, laissant la majeure partie de l'infundibulum adhérente à la paroi. Elle est immédiatement attirée hors de l'abdomen. Elle est souple et sans adhérences. Des pinces hémostatiques dont les mors sont introduits dans de petits drains en caoutchouc sont placées à chaque extrémité et préviennent l'issue des matières.

Le tampon de gaz iodoformée est alors retiré. L'orifice a un diamètre un peu inférieur à celui d'une pièce de 20 francs. Je fais alors un

premier étage de sutures séro-musculeuses, puis un second plan de sutures séro-séreuses.

Cette ligne de sutures est dirigée perpendiculairement à l'axe de l'intestin. De cette façon, l'intestin peut perdre un peu en longueur et se couder légèrement, mais il ne perd absolument rien de la largeur. Cette suture est pratiquée avec de la soie phéniquée fine et avec une petite aiguille. Lavage à l'eau bouillie et réduction de l'anse dans le ventre. — Suture de l'incision. — Soie pour le péritoine. — Crins de Florence pour les muscles et la peau.

L'orifice de l'anus iliaque est débarrassé du restant de la muqueuse, puis avivé avec les ciseaux et la curette et je procède à la suture.

J'éprouve la plus grande peine à en affronter les bords, car la peau est épaisse, rigide; aussi suis-je obligé de faire une incision libératrice de 6 centimètres partant de l'épine iliaque antéro-supérieure et passant un peu au-dessous de l'arcade crurale.

La peau et l'aponévrose sont incisées. Malgré cela, il existe une tension considérable des points de suture fermant l'orifice cutané qui a les dimensions d'une pièce de 1 franc.

Lavage au sublimé. Iodoforme en poudre. Ouate collodionnée appliquée sur le trajet.

L'opération a duré en tout trois quart d'heure. — Régime : Un verre de lait à boire dans la journée. Pilule d'opium.

Le petit malade est un peu déprimé, mais il ne souffre pas (38°). Le soir il émet des gaz par l'anus. Le lendemain T. 36°,8, le soir elle remonte à 37°,8.

Pendant trois jours, il ne prend qu'un grand verre de lait par jour. Pas de douleurs.

Le 2 septembre, il a deux selles noirâtres liquides. Le 3 septembre, deux nouvelles selles. Dans la nuit du 3 au 4, nouvelle selle liquide. Pendant deux jours, il y a absence de selles; le 6 septembre, il y a après deux lavements (1 simple, 1 salé) 1 selle moulée. Pendant cette période, l'état général est bon.

Le 7 septembre nous enlevons le pansement; la réunion est parfaite; mais au niveau de l'anus iliaque, la peau est mortifiée superficiellement sous l'influence de la tension des fils.

Lavage au sublimé. Salol. Pansement à la gaze au sublimé. Alimentation légère.

Le pansement est répété tous les jours. L'escarre superficielle se détache. La plaie bourgeonne bien.

15 *septembre*. Il ne reste plus qu'un petit point qui ne soit pas recouvert d'épiderme.

L'incision libératrice bourgeonne bien et est en bonne voie. — Le 30 septembre tout est fermé. La peau reste un peu rouge au pourtour de la cicatrice de l'anus artificiel.

Le petit opéré est au régime ordinaire.

Le 2 octobre, l'enfant, qui est très glouton, mange avec excès des poires que ses parents lui ont apportées de la campagne. Il a une indigestion qui lui donne des vomissements pendant trois jours.

Aujourd'hui, 5 octobre, il est en excellent état ; il a bon appétit et se lève. Tout est parfaitement cicatrisé. Seulement, au niveau de la cicatrice de l'anus iliaque, il y a un peu d'éventration. La toux provoque en ce point une légère saillie.

La thèse de Goetz renferme 13 faits d'entérorraphie latérale pour anus contre nature. En y ajoutant les observations de MM. Kirmisson et Boekel (*Bulletin de la Société de chirurgie* 1890), et la nôtre, nous arrivons au total de 16 interventions toutes suivies de succès.

On peut dans cette statistique distinguer deux catégories.

Dans un premier groupe de faits comprenant 12 observations, il s'agit d'anus établis accidentellement ou chirurgicalement à la suite de hernies gangrenées. Les opérations pratiquées ont toujours eu pour théâtre les régions herniaires.

Des faits de ce genre, 3 appartiennent à Hofmokl, 2 à Czerny, les autres à Meusel, Polano, Trélat, Parker, Lose, Stelzner, J. Boekel.

Le second groupe renferme les anus établis par le chirurgien pour occlusion intestinale. Ici, ce n'est plus la région des orifices herniaires qui est le siège de l'intervention. C'est l'abdomen lui-même qui a été ouvert au voisinage de l'anus iliaque. C'est dans cette catégorie que rentrent les observations de Meusel, de Stelzner, de Kirmisson et la nôtre. On pourrait y rattacher en la distinguant du groupe précédent, l'observation de Parker où il s'agissait d'une hernie ombilicale.

En faisant abstraction de cette classification et en prenant en bloc cette statistique, on voit que l'entérorraphie latérale est uno intervention bénigne au point de vue opératoire, excellente au point de vue thérapeutique. Elle a de plus l'avantage, lorsqu'il s'agit d'anus consécutifs à des hernies gangrenées, de permettre, ainsi que l'a fait remarquer Jules Boekel, la cure radicale de la hernie, impossible avec les procédés anaplastiques.

Discussion.

M. Berger. Du fait de M. Février je désire rapprocher deux cas de ma pratique dans lesquels j'ai obtenu, sans le secours de la laparotomie, la guérison opératoire d'anus contre nature. Ma première opération remonte à une année ; dans ce cas, l'anus contre nature avait été établi comme opération préliminaire à une extirpation du rectum. Ma seconde opération remonte à 7 jours : dans ce cas, il s'agissait d'un anus contre nature consécutif à une hernie crurale étranglée. Il existait un prolapsus considérable de la muqueuse sur chacun des deux bouts de l'intestin. J'ai fait

d'abord trois applications successives d'entérotome, la dernière portant sur une hauteur de 6 à 7 centimètres des parois intestinales ; puis, j'ai exercé une compression soutenue pour empêcher la reproduction du prolapsus. Alors seulement j'ai procédé à l'opération.

J'ai tenté tout d'abord d'isoler la muqueuse, et de la retourner pour l'affronter par sa face externe ; mais, dans ma dissection, le péritoine a été ouvert. Attirant alors les deux bouts de l'intestin, j'ai pratiqué une excision franche de la muqueuse, j'ai réuni les parois intestinales par une suture en surjet et l'enveloppe péritonéale par une suture de Lembert. Quand on opère un anus contre nature, suite d'une hernie étranglée, surtout s'il s'agit d'une hernie crurale, on peut avoir de la difficulté à réduire l'intestin à travers l'orifice étroit que représente le canal crural. Dans mon cas particulier je n'ai pas eu de peine à réduire, j'ai pratiqué la suture de l'anneau fibreux, et la suture superficielle de la peau après interposition d'un drain. Aujourd'hui l'opération date de 7 jours, et mon malade est dans un état excellent.

Dans ces deux cas, je n'ai pas eu recours à l'incision de la paroi abdominale au-dessus de l'orifice anormal. Sans doute elle a l'avantage de donner du jour, mais elle crée un point faible de la paroi, qui peut devenir l'origine d'une éventration. Je conclus en disant que, dans la cure de l'anus contre nature, il convient d'abandonner les anciens procédés autoplastiques pour avoir recours à l'entérorraphie latérale. Mais je crois indispensable, avant d'opérer, de faire de larges applications d'entérotome, puis d'obtenir par une compression soutenue la réduction du prolapsus.

M. Routier. J'ai pratiqué il y a deux mois une opération analogue pour l'oblitération d'une fistule pyostercorale siégeant sur la paroi latérale droite de l'abdomen, qui s'ouvrait à la peau par cinq orifices. J'ai commencé par débrider toutes les fistules, et suis arrivé, en traversant une épaisse couche de graisse, sur l'orifice de communication avec l'intestin. J'ouvris la paroi abdominale au-dessus et au-dessous de ce point, et libérai l'anse intestinale ; je l'attirai au dehors et reconnus qu'il s'agissait du gros intestin. Les bords de la muqueuse furent régularisés; je pratiquai une entérorraphie latérale, puis une suture de la paroi adminale avec la soie ; quant à l'infundibulum cutané, je le laissai ouvert et le tamponnai à la gaze iodoformée ; aujourd'hui la cicatrisation est complète.

M. Schwartz. Il y a 8 à 10 mois, j'ai pratiqué chez un homme de 25 ans la cure radicale d'un anus contre nature consécutif à une hernie sphacélée. Je commençai par appliquer l'entérotome, puis, au bout de quatre à cinq semaines, je libérai les deux bouts de

l'intestin. Je me conformai ici à la conduite qui a été préconisée par M. Chaput, c'est-à-dire que je me contentai d'abraser la muqueuse à la curette sur une étendue d'un centimètre ; je pratiquai ensuite l'avivement des deux surfaces cruentées et plaçai deux plans de suture sur l'intestin, sans ouvrir la cavité péritonéale ; au-dessus, je pratiquai le tamponnement. Il se produisit une petite fistulette qui se ferma spontanément ; mais, au bout d'un mois, la guérison était complète.

M. Michaux. Je désire faire une remarque au sujet du fait qui vient de nous être communiqué par M. Février ; dans son opération, il s'est porté de propos délibéré en dehors de la zone inflammatoire. Contrairement à ce qui vient d'être dit par M. Berger, je crois ce procédé préférable ; en effet, dans la zone des adhérences elles-mêmes, il peut y avoir des foyers microbiens qui viennent infecter la cavité péritonéale. Je pense aussi que la simple abrasion de la muqueuse, suivant le procédé qui a été conseillé par M. Chaput, est moins sûre que la suture portant sur le péritoine lui-même. Pour ma part, c'est à la laparotomie que j'ai eu recours dans deux cas opérés par moi récemment.

M. Berger. Dans les fistules stercorales auxquelles viennent de faire allusion MM. Routier et Michaux, les circonstances ne sont pas les mêmes que dans les anus contre nature simples. Dans ceux-ci, en effet, la zone d'induration manque complètement ; il existe seulement une zone très mince d'adhérences. Il y a avantage, je crois, à se servir dans ces cas, pour opérer, de l'orifice ancien, plutôt que d'en créer un nouveau.

Présentation de malades.

M. Monod présente un jeune garçon de 14 ans chez lequel il a pratiqué à gauche l'orchidopexie, en suivant la conduite qui a été recommandée par M. Lucas Championnière, c'est-à-dire en sectionnant toutes les brides fibreuses qui s'opposaient à la descente du testicule. Aujourd'hui celui-ci reste contenu dans le scrotum.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

E. Kirmisson.

Séance du 27 décembre 1893.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettres de M. Bardeleben, membre correspondant étranger, et de M. Chapplain, membre correspondant national, remerciant la Société pour l'envoi de la médaille commémorative du cinquantenaire;

3° Lettre de M. Marchand, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

4° *Sur les transformations et dégénérescences des nœvi*, par M. Reboul, membre correspondant national;

5° *a. Une opération de cataracte à Tournai en* 1351; *b. Étude sur la trousse d'un chirurgien gallo-romain du* III*e siècle*, par M. Deneffe (de Gand);

6° *Hernie crurale étranglée compliquée de l'intestin. Opération. Réduction de l'intestin. Cure radicale. Guérison*, par M. Piéchaud, membre correspondant;

7° Lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique, annonçant l'ouverture du Congrès des sociétés savantes qui se tiendra à Paris du 27 au 30 mars prochain.

M. le Secrétaire général donne lecture d'un mémoire intitulé : *Rate déplacée dans la fosse iliaque droite et à pédicule tordu; splénectomie*, de M. Heurtaux (de Nantes), membre correspondant.

Une jeune fille de la Vendée, âgée de 17 ans, Yvonne C..., est entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 10 août 1893, pour une tumeur du ventre.

Pas de maladie antérieure, notamment pas de fièvre intermittente; mais il en existe dans le pays qu'elle habite.

On ne trouve dans ses antécédents ni traumatismes, ni chutes, jamais elle ne s'est livrée à des travaux exigeant des efforts musculaires.

Réglée seulement depuis un an, elle a eu d'abord quatre époques régulières, peu abondantes, un peu douloureuses. Puis pendant plusieurs mois les règles ont manqué. Il y a deux mois, au moment d'une époque, les règles sont revenues, abondantes, au point de constituer une véritable perte qui a duré huit jours; les six premiers jours surtout elles ont été copieuses.

A la suite de cette époque, la jeune fille a pu reprendre pendant quinze jours ses occupations.

Il y a un mois, au moment où les règles auraient dû reparaître, Yvonne C... a éprouvé une vive douleur au niveau de la fosse iliaque droite. On découvre alors dans cette région une tumeur, d'abord de petit volume, grosse comme un demi-œuf, pour employer l'expression de la mère, mais qui en quatre jours prend un assez grand développement. En même temps il y eut de la fièvre et quelques vomissements.

Depuis lors, la malade a toujours souffert et, à peu près chaque jour, elle a eu de la fièvre.

A son entrée, le 10 août, on est frappé de sa pâleur, de son amaigrissement et de sa faiblesse.

A l'examen du ventre, même sans y toucher, on voit une tumeur qui fait saillie dans la moitié droite de l'hypogastre.

Au palper, on sent une tumeur arrondie, ferme, non fluctuante, douloureuse, qui préseute les limites suivantes :

En haut, elle remonte au niveau d'une ligne transversale passant par l'ombilic; en bas, elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne; à droite, elle est appliquée directement sur la fosse iliaque ; à gauche, elle atteint, et même dépasse un peu, la ligne médiane. De ce côté gauche, la tumeur a la forme d'un bord mousse, épais, au-dessous duquel il est possible d'enfoncer un peu les doigts. La mobilité de la tumeur est absolument nulle.

Ces explorations sont douloureuses, surtout à la partie moyenne de la tumeur.

A la percussion, la matité de la région malade est complète, partout ailleurs le ventre a la sonorité normale.

Le toucher vaginal fait reconnaître un col sain, de petit volume, l'utérus est médiocrement mobile. Dans le cul-de-sac antérieur et dans celui du côté droit, on sent l'extrémité inférieure de la tumeur, mais celle-ci est profonde, ne fait pas bomber les culs-de-sac.

La miction est régulière ; les garde-robes assez faciles.

On ne trouve rien du côté des autres organes.

Le pouls est faible, fréquent.

La température, dans les jours qui ont précédé l'opération, a oscillé entre 37°,2 et 38°,6; les élévations se faisant sentir plutôt dans la jour-

née, quelquefois le soir, en sorte que la fièvre avait des allures irrégulières.

Plusieurs chirurgiens examinent la malade : la plupart croient à une hématocèle circonscrite par des adhérences péritonéales; l'un d'eux pense qu'il s'agit d'un hématosalpinx.

Dans les huit jours qui se sont écoulés entre l'arrivée de la malade à l'hôpital et l'opération, on a pu constater une notable augmentation de volume de la tumeur, laquelle arrive à dépasser à gauche la ligne médiane de trois travers de doigt environ. L'état général est toujours mauvais : même pâleur, grande faiblesse, inappétence absolue.

Laparotomie pratiquée le 19 août 1893, en présence de MM. Alb. Malherbe et Edm. Vignard. — Incision médiane commençant à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic et s'étendant jusqu'au pubis.

Le péritoine est tout à fait adhérent à la tumeur et très épaissi. Quand on le décolle de côté et d'autre, il sort du sang noirâtre et, à un moment, un peu de liquide grisâtre qui semble être du pus.

La tumeur étant découverte sur une certaine étendue, on voit une masse d'un rouge foncé et violacé, et l'on se demande si l'on n'est pas en présence de la rate dont la capsule reste adhérente au feuillet pariétal du péritoine. Tous les doutes cessent lorsqu'on est parvenu à décoller complètement la tumeur et à l'attirer hors du ventre. On reconnaît alors les diverses particularités que voici :

La rate, tombée dans la fosse iliaque droite, a éprouvé un mouvement de rotation de trois quarts de cercle, qui s'est effectué de gauche à droite. L'extrémité supérieure a plongé en bas et à droite dans l'excavation pelvienne, en arrière du ligament large où elle adhère. L'extrémité inférieure de l'organe est dirigée vers l'ombilic. Le bord tranchant ou droit de la rate se trouve à gauche; c'est lui que l'on sentait au palper abdominal et sous lequel les doigts pouvaient s'engager. Le bord épais est situé en dehors, à droite, appliqué contre la fosse iliaque droite.

Il y a donc eu une culbute de la rate avec torsion de son pédicule, la face antérieure de l'organe n'ayant pas cessé d'être tournée en avant.

Le pédicule qui contient les vaisseaux spléniques montre bien cette torsion de trois quarts de tour, effectuée de gauche à droite. Il est gros comme le pouce; il se dirige naturellement vers la partie supérieure gauche de l'abdomen et paraît très tendu. On le lie en deux faisceaux avec du catgut et on le retient à l'aide d'un tire-balle pour s'assurer qu'il ne saigne pas après sa section. Comme il n'y a aucun suintement, on l'abandonne à lui-même et il disparaît de suite dans l'angle supérieur de la plaie.

Avant la découverte et le traitement du pédicule, on avait eu à se débarrasser d'adhérences notables. D'abord avec le péritoine pariétal qui adhérait largement à la rate et assez intimement pour que, dans une grande étendue, la capsule splénique lui soit restée adhérente; la décortication se faisant entre le tissu de la rate et sa capsule.

L'épiploon, adhérant à la partie supérieure de la tumeur, est lié et coupé.

Deux anses d'intestin grêle adhèrent intimement à la rate : l'une à gauche, l'autre dans l'excavation pelvienne. En outre, le cœcum et son appendice sont maintenus en dehors et en arrière par quelques adhérences facilement détruites.

On peut donc dire que cette rate, à part quelques points très limités, était unie à tous les organes qui l'entouraient.

On enlève avec la curette les portions de capsule restées adhérentes au péritoine, et la cavité abdominale est lavée à l'eau salée à 6 0/0. Un gros drain en caoutchouc, plongeant dans le cul-de-sac rétro-utérin, est fixé à l'angle inférieur de la plaie.

Le ventre est fermé par la suture à étages.

Après l'opération, la malade reste faible, d'une pâleur extrême, avec tendance à la syncope. Le pouls est petit et fréquent.

Le soir de l'opération, la température monte à 38°,9. Le lendemain et le surlendemain, elle varie de 37°,6 à 38°,1.

Après quarante-huit heures, les pièces du pansement sont tachées par un liquide rosé ; on les renouvelle et l'on enlève le tube à drainage. Le ventre est plat, non douloureux.

La malade, très faible, agitée, ne pouvant rien prendre, succombe le 22 août au matin, trois jours après l'opération.

A l'*autopsie*, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, on trouve seulement une ou deux cuillerées de sérosité purulente enkystée aux environs du cœcum. Des fausses membranes très épaisses entourent cette portion de l'intestin et les anses intestinales voisines. Nulle part ailleurs on ne trouve de trace de péritonite. Le pédicule de la rate est retrouvé à la partie supérieure gauche de l'abdomen, tout près du grand cul-de-sac de l'estomac. Ainsi, l'on ne peut expliquer le déplacement de la rate par un excès de longueur de son pédicule.

Examen de la rate. — La rate, étudiée après son ablation, présente les caractères suivants [1] :

Son poids est de 615 grammes.

La mensuration donne : longueur, 18 centimètres ; largeur, 11 centimètres ; épaisseur, 7 centimètres.

Son tiers inférieur, qui en réalité représentait le tiers supérieur de l'organe culbuté, offre à peu près son aspect normal, sauf un peu de congestion. Sa face est lisse.

Les deux tiers supérieurs, au contraire, sont altérés. Le tissu splénique montre à la coupe un tissu plus compact, mais aussi peu friable, hépatisé en quelque sorte. La capsule de cette zone manque dans une grande étendue, car elle est restée adhérente au péritoine pariétal et aux organes voisins, par suite de la péritonite qu'avait suscitée la torsion du pédicule et sans doute aussi parce que les connexions entre la capsule et le tissu splénique avaient perdu une partie de leur résistance.

Chose singulière, il semblait y avoir une tendance à la nécrose et à

[1] D'après Debierre, à l'état normal, la rate pèse de 190 à 200 grammes et elle mesure 12 centimètres de longueur sur 8 de largeur et 9 d'épaisseur.

l'élimination de la portion de rate enflammée, car on voit fort bien, non seulement à la surface extérieure de l'organe, mais aussi sur la coupe longitudinale de la pièce, à l'union du tiers inférieur avec ses deux supérieurs, une sorte de sillon qui tend à séparer la partie malade de celle qui était à peu près saine.

Réflexions. — En l'absence de tout antécédent de traumatisme, contusion ou chute, un semblable déplacement de la rate est un fait bien remarquable chez une jeune fille qui, d'autre part, ne se livrait pas à des travaux exigeant un certain déploiement de force. Aussi personne n'avait-il songé à attribuer à la rate la tumeur que l'on trouvait dans la fosse iliaque droite.

Ce qui avait contribué à égarer le diagnostic, c'étaient les accidents soudains, aigus, qui s'étaient manifestés au moment présumé des règles et que, dès lors, on était tenté de rattacher à une lésion des organes génitaux.

Notons que ces accidents peuvent, à beaucoup d'égards, être rapprochés de ceux qui sont dus à la torsion du pédicule des tumeurs pelviennes, kystes ou fibromes, et il n'y a pas lieu d'en être surpris, puisqu'ils tiennent à un mécanisme semblable déterminant tout à la fois une sorte d'étranglement de la tumeur et une péritonite périphérique plus ou moins intense.

Après le fait que nous venons d'observer, si un nouveau cas identique se présentait à nous, chose bien improbable, la nature vraie de la tumeur pourrait être soupçonnée, en tenant compte d'un caractère facile à reconnaître au palper abdominal : l'existence d'un bord mousse sur l'un des côtés de la tumeur. Ce bord arrondi, au-dessous duquel les doigts peuvent s'engager, donnerait la pensée du bord interne de la rate.

Les faits de déplacement aussi absolu de la rate ne sont probablement pas communs. Mais on conçoit sans peine, étant donné le petit volume du pédicule, que celui-ci soit exposé à se tordre, au même titre qu'un pédicule de kyste ovarique. Et pourtant cet accident doit être infiniment rare.

Dernièrement, M. Richelot a enlevé avec succès une rate hypertrophiée tombée dans le petit bassin [1]. Il s'agissait d'une femme ayant eu deux grossesses ; les symptômes dus au déplacement de la rate remontaient à trois années, à l'époque du second accouchement. La rate occupait la partie moyenne de l'hypogastre et avait évidemment éprouvé un commencement de torsion, car son extrémité supérieure touchait la fosse iliaque droite. Mais cette simple inclinaison n'avait pas été suffisante pour occasionner une vraie

[1] Richelot, *Acad. de méd.*, séance du 13 juin 1893 ; et *Bulletin médical*, 14 juin 1893.

torsion du pédicule et causer les accidents aigus qui en sont la conséquence. Il faut remarquer que, dans ce cas, l'extrémité inférieure de la rate avait entraîné la queue du pancréas.

Je ne connais qu'un seul fait vraiment comparable au mien. Il est mentionné par Henry Morris[1] et emprunté à Rokitansky. Ce dernier chirurgien aurait trouvé un déplacement de la rate avec torsion du pédicule : « La rate se trouvait dans la région iliaque droite ; le pédicule était tordu et dirigé en haut et en dehors ; il était formé par les vaisseaux pancréatiques et spléniques, les premiers faisant trois tours de spirale autour de l'artère splénique. Le pancréas avait environ 25 centimètres de long ; il était attiré en dehors et très aminci. Cet état existait chez une femme de 28 ans, qui avait subi l'opération césarienne. »

Dans ce fait trop sommaire, où l'on ne parle ni de l'époque présumée du déplacement, ni des accidents qu'il a pu causer, il faut noter que la rate occupait, comme chez ma malade, la fosse iliaque droite ; mais le pancréas semblait jouer un rôle important dans l'état du pédicule, ce qui n'avait pas lieu dans mon observation.

Chez mon opérée, on doit remarquer encore que le pédicule était de longueur normale et que, par conséquent, son relâchement ne peut être invoqué pour expliquer le déplacement de la rate.

On doit enfin appeler l'attention sur les troubles graves apportés dans la nutrition de la rate. Un kyste ovarique à pédicule fortement tordu est exposé, comme on sait, à se sphacéler. Or, dans la rate que j'ai décrite, la torsion limitée avait causé un trouble circulatoire grave dans une portion seulement de l'organe : si les deux tiers supérieurs n'étaient pas tout à fait nécrosés, du moins leur vitalité était fort amoindrie, comme le prouvait le sillon d'élimination qui avait tendance à s'établir.

Cet état anatomique, rapproché de l'état général si grave dans lequel se trouvait la malade, prouve combien la situation était précaire. L'opération était pleinement justifiée, seule capable de procurer à cette jeune fille des chances de guérison ; la mort a été due probablement au choc traumatique, très grave ici à cause du peu de résistance du sujet ; le point très limité de péritonite trouvé à l'autopsie, accompagné d'une si petite quantité de sérosité purulente, ne paraît pas suffisant pour avoir par lui-même entraîné la mort.

[1] *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. VI, p. 392. Paris, 1886.

A propos du procès-verbal.

Sur l'ostéome des cavaliers.

M. Berger. Des deux observations que vous a présentées M. Michaux, la seconde seulement, celle qui a trait à une hernie musculaire, a soulevé les observations de M. Delorme. Je ne voudrais pas qu'en passant la première sous silence, on laissât croire que l'ostéome des cavaliers est une affection désormais bien connue et sur laquelle nous n'avons plus rien à apprendre. Plusieurs points de son histoire me paraissent appeler de nouvelles études, et l'on n'a pas encore dissipé toutes les obscurités qui enveloppent son mode de développement. L'histoire du malade que je vais vous rappeler me paraît justifier ces réserves.

Il y a une dizaine d'années, un de mes amis d'enfance vint me consulter à Paris. Agé de près de 40 ans, taillé en hercule, fort à tous les exercices du corps, et particulièrement bon cavalier, il avait, un mois anparavant, eu un accident qui lui laissait quelque inquiétude. Voulant monter un cheval qui cherchait à se dérober en tournant, ayant le pied gauche à l'étrier, il avait donné un fort élan pour se mettre en selle. Au moment où la jambe droite passait par-dessus la croupe du cheval, il avait ressenti une violente douleur vers la racine de ce membre, douleur accompagnée d'une sensation de craquement. Cette douleur s'était accrue au point de le forcer de descendre de cheval. Presque aussitôt il avait constaté lui-même un gonflement notable dans la région des adducteurs ; il avait consulté un médecin de la localité qui lui avait dit qu'il s'était donné une hernie. Au bout de quelques semaines de repos, la douleur était calmée, la tuméfaction avait diminué ; mais, inquiet de la lésion qui s'était ainsi brusquement produite, mon ami prit le parti de venir me la montrer.

Du côté droit, à la partie supéro-interne de la cuisse, la région des adducteurs présentait encore un certain degré de tuméfaction et de l'ecchymose. En la saisissant entre les doigts, on ne trouvait aucune partie réductible indiquant l'existence d'une hernie (qui n'aurait pu être qu'une hernie obturatrice); il n'y avait pas non plus de tumeur sanguine appréciable, et c'était la masse des adducteurs qui semblait augmentée de volume. Mais à la palpation on sentait aussitôt, vers le bord interne de la région, à deux travers de doigt environ de a branche descendante du pubis, au-dessous du relief du droit interne, dans la partie supérieure du moyen adducteur, un noyau dur et mobile. Ce corps, de la forme et du volume d'une amande, présentait

transversalement son grand axe ; il était mobile, mais il s'immobilisait dans la contraction des adducteurs et dans l'abduction forcée de la cuisse. Ses limites étaient nettes et sa consistance était bien celle du tissu osseux. D'ailleurs, aucun pédicule ne rattachait ce noyau dur au pubis.

J'ignorais complètement à cette époque les travaux de Josephson ; le mémoire de M. Favier n'avait pas encore paru ; je ne connaissais que vaguement le terme de *Reiterknochen*, employé par Billroth pour désigner l'ostéome des cavaliers. Si j'avais mieux connu cette affection, j'eusse peut-être été embarrassé ; j'avoue que je ne le fus pas, dans mon ignorance : je dis sans hésitation à mon ami qu'il s'était fait un arrachement osseux, la contraction brusque des adducteurs, dans un mouvement d'écartement forcé de la cuisse droite, ayant arraché une partie de leurs insertions supérieures ; je lui dis que, suivant toute probabilité, ce petit accident n'aurait aucune suite fâcheuse et que, moyennant un repos un peu prolongé et des ménagements au début, il pourrait reprendre son exercice favori. Je me compromettais beaucoup en parlant de la sorte, et cependant l'événement m'a donné raison. Je n'ai plus été consulté par mon client pour son corps mobile et pour ses adducteurs ; mais je l'ai revu depuis lors très souvent ; il a repris et n'a jamais interrompu depuis lors l'équitation, et il y joint l'usage habituel de la bicyclette.

Ce cas m'avait assez frappé pour que je fusse intéressé par tout ce qui touchait à ce sujet ; aussi, deux ou trois ans plus tard, vers 1886, à l'hôpital Tenon, je me rappelle parfaitement avoir vu un homme qui, à la suite d'un effort pour se maintenir en selle, en montant un cheval difficile, avait ressenti quelque temps auparavant une vive douleur dans la région des adducteurs. C'est tout ce que je me rappelle sur l'origine de la lésion qu'il portait, car ce malade ne revint pas se présenter dans la salle où je comptais le recevoir ; mais ce dont je me souviens parfaitement, c'est d'avoir constaté le jour même, vers l'insertion supérieure du droit interne ou du premier adducteur, l'existence d'un noyau osseux mobile ressemblant absolument comme forme, comme mobilité, comme rapport, à celui que j'avais constaté sur mon premier malade. Aussi je rapportai à la même cause et au même mécanisme la production de la tumeur, et je restai convaincu que celle-ci était le résultat de l'arrachement d'une petite partie de la branche ischio-pubienne par les insertions supérieures des muscles adducteurs, surpris dans la contraction par un écart brusque et forcé de la cuisse correspondante.

Depuis lors, j'ai lu le mémoire de M. Favier; j'ai parcouru presque toutes les observations qui ont été publiées dans ces dernières années, et la pathogénie de cette sorte de production n'est pas devenue pour moi plus claire qu'auparavant.

L'ostéome des cavaliers présente deux modes tout différents de développement : tantôt son apparition n'est précédée d'aucun accident proprement dit, et c'est peu à peu que la gêne provoquée par l'équitation ou par les autres exercices font reconnaître dans la région des adducteurs l'existence d'une tumeur solide et douloureuse; un certain nombre des faits réunis par M. Favier, dans son important mémoire[1], une observation récente du docteur Labrevoit[2], sont des exemples de ce mode d'origine qui est le moins ordinaire. Le plus souvent c'est plus ou moins longtemps après un accident, chute ou menace de chute de cheval, ayant déterminé une douleur vive dans la région des adducteurs, suivi d'une impotence de plus ou moins de durée et généralement d'une tuméfaction accompagnée d'ecchymose de toute la région, que l'on constate la présence de l'ostéome. La pathogénie que l'on invoque pour expliquer la formation de ces productions osseuses dans ces deux ordres de faits est à peu près la même ; M. Favier, plus récemment encore M. Schmit[3], la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question l'attribuent à une myosite ossifiante. Celle-ci se développerait soit à la suite de frottements, de tiraillements, de succussions, de chocs répétés, ainsi que M. Reclus l'admet également pour les ossifications deltoïdiennes et pour celles du biceps chez les fantassins — ou bien plus souvent autour d'un foyer de rupture musculaire produit par une contraction brusque ou une distension ; c'est à cette manière de voir que se rattachent MM. Favier et Schmit comme conclusion de leurs recherches.

Il est impossible de nier ce que cette manière de voir a de fondé dans un certain nombre de cas : notre collègue M. Demmler[4] a dernièrement publié un fait très probant à cet égard. Un Arabe avait vu se développer dans l'épaisseur du droit antérieur du triceps, à 10 centimètres de la rotule, une tumeur dure, mobile et gênante, à la suite d'un choc violent produit par la chute d'un sac d'orge sur la région. M. Demmler enleva cette production, et

[1] H. Favier, De l'ostéome des muscles adducteurs chez les cavaliers (*Arch. de méd. milit.*, 1888, t. XI, p. 393; obs. III. IV, VI, VII, VIII).

[2] Labrevoit, Ostéome volumineux des deux cuisses (*Ibid.*, 1692, t. XX, p. 447).

[3] A. Schmit, De l'ostéome des muscles de la cuisse (*Revue de chirurgie*, 1390, p. 731.

[4] Demmler, Ostéome du droit antérieur (*Arch. de méd. milit.*, 1892, t. XX, p. 119.

l'examen pratiqué par M. Laveran montra qu'elle était constituée par une infiltration du muscle par du tissu osseux en voie de développement.

C'est également la seule pathogénie à admettre pour certains faits comme ceux publiés par M. Schmit et où il s'agissait, autant qu'on peut en juger sans examen direct de la lésion, d'une ossification portant sur la presque totalité du muscle moyen adducteur de la cuisse, ossification symétrique dans le premier de ces cas.

C'est enfin le seul moyen d'expliquer le développement lent et graduel de ces tumeurs d'abord indolentes, puis finissant par être le siège de douleurs et la cause d'une impotence toujours croissante, pouvant même, comme dans l'observation intéressante, mais un peu obscure de M. Labrevoit, déterminer autour d'elles de la suppuration.

Mais il est un certain nombre de cas où ce mode de formation ne peut être invoqué. Dans le cas que je viens de vous rapporter, trop peu de temps s'était écoulé entre l'accident et la constatation de la tumeur pour que l'on pût attribuer celle-ci à une ossification du muscle : la tumeur d'ailleurs était si petite, si nettement circonscrite, qu'elle donnait aux doigts la sensation d'un véritable fragment osseux mobile, entraîné par le faisceau musculaire qui l'avait arraché.

Dans l'intéressante observation de M. Lalesque[1], un cavalier, en chassant à courre, se retourne brusquement sur son cheval, sent une douleur excessive qui le force de descendre; et dès les jours suivants on sent une tumeur osseuse, un peu mobile, mais paraissant adhérer au pubis, douloureuse à la pression et dans les mouvements ; cette sensibilité diminue au bout de quelque temps et le sujet peut recommencer à monter à cheval.

Dans le cas de M. Thiriar[2], c'est un scieur de long qui ressent une douleur subite au niveau des adducteurs en faisant un effort des jambes écartées pour ne pas tomber. Le lendemain on sent une saillie osseuse mobile qui devient de plus en plus douloureuse et que M. Thiriar enlève au bout de quelque temps.

Dans tous ces faits, il est impossible de penser à une rupture simple suivie d'un processus d'ossification du muscle, ossification qui exige certainement un temps assez long pour se faire. Il me semble donc assez difficile d'admettre un autre mode de production que l'arrachement d'une parcelle osseuse, d'un petit fragment du pubis

[1] Lalesque (*Journ, de méd. de Bordeaux*, 5 janvier 1889).

[2] Thiriar (*Soc. d'Anatomie de Bruxelles*, 1880) ; et Favier, *loc. cit.*, obs. IX

par les adducteurs, par l'effet d'une contraction violente et instantanée de ces muscles ou d'un mouvement d'écartement forcé de la cuisse coïncidant avec un état de contraction des adducteurs. Ce qui me paraît militer en faveur de cette manière de voir, c'est le siège presque constant de ces noyaux osseux au niveau de l'insertion du moyen, du grand adducteur ou du pectiné à la crête du pubis, ou à la branche descendante de cet os ou à l'ischion.

Cette origine d'ailleurs avait été pressentie par Orlow [1], frappé probablement des conditions dans lesquelles son blessé, le prince Z..., avait vu se développer l'ostéome dont cinq mois après on pratiqua l'ablation. Ces conditions en effet se retrouvent dans un bon nombre d'observations; celle d'Orlow, celle de Favier, celle de Lalesque, celle de Thiriar, celle de Tartiou, dans la mienne.

Dans une chute de cheval ou dans un déplacement imprévu, une contraction violente des adducteurs pour lutter contre un écartement brusque de la cuisse, on sent une douleur qui, presque aussitôt, s'exagère et empêche le blessé de se tenir à cheval. On constate peu après une tuméfaction plus ou moins notable au niveau de l'insertion des adducteurs, au pubis ou à l'ischion, une ecchymose apparaît, et quand ce gonflement général diminue, on trouve une petite tumeur dure, plus ou moins mobile, se rattachant au bassin par une sorte de pédicule ou d'insertion et dont l'extrémité libre fait saillie dans la masse des adducteurs. Dans un certain nombre de cas cette tumeur persiste, mais la douleur se calme en même temps que le gonflement environnant disparaît et le malade peut reprendre ses exercices; dans d'autres, la douleur devient permanente dans les mouvements, la tuméfaction augmente et il faut arriver à une intervention. On peut admettre en pareil cas que l'arrachement des points d'insertion du moyen ou du grand adducteur, a été suivi d'un travail d'irritation périostique, suivi d'hypergenèse du tissu osseux, et qu'il s'est formé comme une sorte de cal volumineux et irrégulier qui, sans cesse exposé aux actions mécaniques résultant des mouvements du membre, envahit autour de lui les tissus en même temps qu'il reste douloureux; exactement comme le fait le cal d'une fracture ordinaire qui n'est pas soumise à une immobilisation suffisante.

Il y aurait bien une autre hypothèse pour expliquer ces phénomènes, mais elle me semble tellement peu vraisemblable que je ne la produis en quelque sorte que pour mémoire. D'après cette hypothèse l'ostéome préexisterait à l'accident; déterminé par les

[1] Orlow, *Wiener med. Wochenschr.*, 1888, p. 1698.

actions mécaniques, lentement et graduellement développé, après avoir traversé une phase d'indolence plus ou moins longue ; il deviendrait subitement douloureux par le fait d'un traumatisme, que celui-ci ait produit la fracture du pédicule qui le rattache au pubis ou qu'il ait seulement déterminé l'attrition ou la déchirure du tissu musculaire environnant. A partir de ce moment les accidents persistent, le noyau d'ossification s'accroît par le fait même de l'irritation qu'il détermine comme corps étranger dans les masses musculaires, et la lésion inaperçue d'abord devient une maladie. Cette manière d'envisager le mode de production des ostéomes à brusque apparition n'est peut-être contredite par aucun fait matériel, mais elle ne s'appuie sur aucune constatation, sur aucune observation, je ne crois donc pas qu'il faille la faire entrer sérieusement en ligne de compte.

Je résume donc ce qui me paraît ressortir de l'examen auquel je viens de me livrer, en disant que la lésion à laquelle on donne le nom d'ostéome des cavaliers, dans certains cas signalés par leur début brusque et par l'apparition prévue de la tumeur, me paraît devoir être attribuée à un arrachement des insertions pubiennes des adducteurs détachant du bassin un fragment osseux qui persiste à l'état de noyau mobile dans l'épaisseur de la masse musculaire.

Je n'ai que peu de chose à dire du traitement. Le succès opératoire n'est pas difficile à obtenir, l'ablation de la tumeur osseuse n'est ni bien laborieuse ni bien grave, mais présente-t-elle une grande utilité? On peut en douter en se rapportant aux observations publiées où l'opération a été pratiquée. Nous ne savons rien du chef d'escadron opéré par Orlow, au moins pour ce qui a trait au résultat fonctionnel ; a-t-il pu monter à cheval de nouveau et poursuivre sa carrière ?

Je rappelle l'insuccès complet de l'intervention sur ce hussard prussien, cité par M. Favier, et qui dut être réformé malgré l'ablation de son ostéome, ne pouvant plus servir même comme maréchal-ferrant. J'espère que l'opéré de M. Michaux aura meilleure chance, mais si on se rappelle que le malade que j'ai observé, que celui de M. Lalesque ont guéri spontanément ou du moins que chez eux la lésion a spontanément cessé d'être douloureuse et qu'ils ont pu reprendre tous leurs exercices accoutumés, si on se rappelle que Diman (cité par Orlow), dans deux cas semblables, a eu deux succès par le massage, on sera peut-être plus porté à tenter de l'expectation aidée par le repos et par ce dernier moyen, que de conseiller hâtivement une opération à laquelle, à notre sens, il ne faut avoir recours que pour les cas invétérés et où l'impotence fonctionnelle paraît définitive.

M. Delorme. Je crois qu'il est intéressant d'insister encore sur quelques points de la communication de M. Michaux.

Notre collègue a admis, s'appuyant, dit-il, sur les indications de Farabeuf, que la hernie musculaire vraie, fait une saillie plus marquée et dure pendant la contraction active libre. C'est le contraire de ce qu'a avancé Farabeuf. Il est d'autant plus nécessaire de le faire remarquer que si on ne s'attache pas au signe que ce dernier a tiré de l'état de la tumeur musculaire pendant la contraction du muscle, on est exposé à confondre la hernie musculaire vraie avec la pseudo-hernie. Or, Farabeuf dit (*Bull. Soc. chir.*, 1881, p. 297) : « S'il existe des hernies musculaires vraies, c'est-à-dire des tumeurs musculaires poussées par la pression intéraponévrotique à faire saillie au dehors, au niveau d'une partie perforée ou simplement amincie et dilatée de l'ouverture aponévrotique, ces tumeurs doivent *disparaître* lorsque le muscle intéressé perd sa flaccidité, soit par la *tension active*, soit par la distension passive... » Et plus loin : « la tension active et la distension passive d'un muscle, font disparaître la tumeur. Tout le contraire a lieu pour les globes musculaires plus ou moins herniés à la suite des ruptures musculaires. » Les expériences de M. Guinard confirment les assertions de Farabeuf. J'ai répété, sur le lapin, ces expériences avec M. Mignon, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Nous avons mis successivement à nu les muscles antéro-internes des deux cuisses dans toute leur étendue, puis une masse sacro-lombaire, et fessière, et nous avons remarqué que si sur les adducteurs, recouverts d'une aponévrose mince, l'excision d'une partie de cette aponévrose n'était pas suivie d'une saillie du muscle sous-jacent, à l'état de repos; sur le fessier ou la masse sacro-lombaire, dès l'excision d'une partie de leur aponévrose dense, une saillie musculaire apparaissait, au repos, pour disparaître dès que nous provoquions des contractions du muscle par le pincement de l'animal ou par l'électrisation. Ces expériences, en somme, affirment la valeur du signe indiqué par Farabeuf.

Je ne pense pas, comme notre collègue M. Michaux, que la hernie musculaire à évolution insidieuse soit seule bien établie et que les hernies traumatiques doivent être classées dans les ruptures. Les sections d'aponévrose d'enveloppe des muscles longs, au cours d'opérations, d'incisions de phlegmons, etc., exposent à des hernies musculaires quand la plaie aponévrotique n'est pas réunie et que la section de l'aponévrose a été perpendiculaire à la direction de ses fibres. J'ai vu, à la Pitié, en 1877, un homme entré dans le service de M. le professeur Verneuil, pour une affection étrangère à celle qui nous occupe et chez lequel, à la suite d'une ligature de la tibiale antérieure à sa partie moyenne, non suivie de

suture do l'aponévrose, se montra une hernie musculaire du volume de la dernière phalange du pouce. Saillante pendant le repos du muscle, elle disparaissait pendant sa contraction.

Une arme tranchante, un instrument tranchant coupant l'aponévrose sans entamer ou en entamant à peine le muscle sous-jacent; une balle abrasant tangentiellement l'aponévrose, peuvent donner lieu à la même lésion. Une balle traversant les parties molles d'un membre, peut laisser à l'orifice d'entrée ou de sortie une hernie musculaire. Les fibres dissociées ou sectionnées du muscle se cicatrisent, la brèche aponévrotique persiste; une hernie vraie se montre consécutivement. L'exemple suivant en fournit la démonstration :

Un colonel d'un régiment de cavalerie qne j'ai le regret de n'avoir pu présenter, et que j'ai montré à plusieurs de mes collègues du Val-de-Grâce, offre, réunies sur le même membre, une rupture musculaire totale typique et une hernie musculaire. Le biceps a été rompu en travers vers son milieu pendant une contraction énergique, cet officier voulant retenir un cheval emballé. Sur l'avant-bras existe une hernie musculaire vraie au niveau de l'orifice de sortie d'un séton. La balle, de calibre, reçue à courte distance, en 1870, a perforé transversalement les parties molles de la région antibrachiale antérieure. Par l'orifice de sortie interne, du séton, s'échappe une masse musculaire globuleuse des dimensions d'un œuf de pigeon, réductible pendant le repos du muscle. A la palpation, on sent très nettement les bords de la perte de substance de l'aponévrose; elle admet librement l'extrémité de l'index. Saillante pendant le repos des fléchisseurs, la hernie disparaît pendant la distension passive et pendant la contraction libre, c'est-à-dire quand les doigts sont activement fléchis. Comme la cicatrice adhère à la surface de la hernie, la peau entraînée par le muscle pendant sa contraction, se déprime en doigt de gant dans l'ouverture aponévrotique, accentuant ainsi le phénomène de la rétrocession du muscle dans sa loge aponévrotique.

M. Gérard-Marchant. J'ai observé à l'hôpital Laënnec un écuyer de 51 ans qui, en montant à cheval, avait ressenti une douleur à la partie supérieure et interne de la cuisse du côté gauche. L'accident datait de très longtemps au moment où je vis le malade. Au repos, on ne voyait rien d'anormal; mais pendant les contractions musculaires, il se produisait, à la partie supérieure et interne de la cuisse, une tumeur du volume d'une grosse noix, et d'une dureté ligneuse. Déjà le malade avait été opéré une première fois par Trélat qui avait constaté une déchirure aponévrotique, mais la tumeur s'était reproduite. Je fis une seconde opération; je trouvai

l'aponévrose amincie, éraillée, je pratiquai sur le muscle une incision longitudinale sans rien trouver d'anormal dans son épaisseur. Il s'agissait simplement d'une hernie musculaire. Je tentai de déterminer l'adhérence du muscle à l'aponévrose en plaçant trois points de suture qui comprenaient à la fois les deux lèvres de l'incision musculaire et les bords de la fente aponévrotique, mais je n'obtins aucun résultat.

M. Le Dentu. J'ai écouté attentivement la communication de M. Berger relative aux ostéomes des muscles, et je ne vois aucune objection fondamentale à faire à la théorie adoptée par lui : celle de la production de l'ostéome aux dépens de l'arrachement du muscle avec un lambeau du périoste. Mais j'aurais voulu qu'on précisât avec plus de soin le siège de ces ostéomes près du squelette ou à quelque distance. J'ai vu l'année dernière dans mon service un malade présentant une ossification dans un point voisin du pubis ; dans ce cas, il ne pouvait pas être question d'en placer le siège ailleurs que dans le muscle lui-même. Plus tard, ces ostéomes peuvent se fusionner intimement avec l'os voisin ; c'est la pathogénie que j'admets pour le cas de M. Delorme où l'ostéome mesurait 19 centimètres de longueur. L'ossification primitive des muscles ne saurait d'ailleurs être niée, je me rappelle avoir vu à Berlin, il y a 7 ans, un malade dont tous les muscles étaient ossifiés, au point qu'il pouvait à peine se mouvoir. Je ne vois pas qu'on puisse se fonder sur l'apparition rapide de ces tumeurs pour nier leur origine musculaire, car l'ossification des muscles se produit quelquefois avec une grande rapidité. Je le répète, il est possible que la théorie défendue par M. Berger soit vraie; mais je crois qu'il faut apporter beaucoup de rigueur dans l'interprétation des faits, car c'est justement au niveau de leur attache tendineuse que l'ossification des muscles se montre de préférence.

M. Berger. Dans mes deux cas et dans beaucoup de ceux que j'ai analysés, l'ostéome siégeait à peu de distance du pubis, à un travers de doigt environ ; il formait une tumeur circonscrite, allongée transversalement.

M. Michaux. J'ai étudié, dans mon travail, deux points distincts, d'une part, l'ostéome musculaire, d'autre part, la hernie des muscles. Dans mon cas, l'ostéome siégeait à une très petite distance de l'insertion du moyen adducteur. Le noyau osseux examiné histologiquement présentait les deux processus d'ossification aux dépens du tissu fibreux et aux dépens d'un os préexistant. Pour ce qui est de la hernie musculaire, je répondrai à M. Delorme

que, d'après M. Farabeuf, la hernie disparaît pendant la distension passive du muscle et pendant l'effort de contraction, quand on empêche celle-ci de se produire, tandis qu'elle reparaît pendant la contraction active du muscle. J'ai pensé que, dans l'histoire de la hernie musculaire, on avait fait entrer beaucoup de faits se rapportant à des ruptures. Cependant la hernie simple a bien une existence réelle; elle se produit à travers une éraillure de l'aponévrose; non par rupture brusque, mais lentement. Ainsi, chez mon malade, elle s'est montrée deux ans seulement après sa sortie du régiment, de même, dans beaucoup d'autres observations. M. Delorme pense qu'il n'y a que desruptures musculaires; cependant, j'ai bien examiné mon malade au cours de l'opération, et je n'ai pas constaté chez lui de rupture. Dans ses expériences, M. Guinard a pu, en faisant une boutonnière à l'aponévrose, produire la hernie musculaire sur le demi-membraneux du lapin. Cependant peut-être dans ces cas y a-t-il une altération spéciale du muscle consistant dans une élongation de ses fibres que des travaux ultérieurs pourront seuls nous faire apprécier.

Présentation de malade.

M. Picqué présente, au nom de M. Gouguenheim, un malade qui a déjà été soumis il y a quatre ans à la Société de chirurgie; il portait à ce moment un rétrécissement du larynx qui avait obligé à faire chez lui la trachéotomie. M. Gouguenheim a fait chez ce malade la dilatation du larynx; la canule a pu être enlevée, et l'année dernière M. Berger a fermé la fistule trachéale par une opération autoplastique. A l'heure actuelle les bons résultats de la dilatation du larynx persistent, le malade respire aisément; la phonation seule laisse à désirer.

Élections.

Au cours de la séance, on a procédé aux élections nécessaires pour le renouvellement du Bureau pour 1894.

Sont nommés :

M. Lucas Championnière, *président;*
M. Th. Anger, *vice-président ;*
M. Peyrot, *premier secrétaire annuel;*
M. Segond, *second secrétaire annuel;*
MM. Schwartz, *trésorier*, et Reclus, *archiviste*, sont maintenus par acclamation, dans leurs fonctions.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
E. Kirmisson.

ERRATUM

Dans la séance du 26 juillet, M. Chauvel a été nommé membre honoraire.

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imprimerie PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.12.93.